

Règlement Mutualiste Fonction Publique Hospitalière

Complémentaire Santé Individuelle Responsable

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social au 1, rue d'Austerlitz – CS 27 261 – 31072 Toulouse Cedex 6, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 776 950 537 et affiliée à la Fédération Nationale de l'Innovation Mutualiste (FNIM).
La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4, place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Le Règlement mutualiste complémentaire santé Fonction Publique Hospitalière est assuré par la Mutuelle du Rempart, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située 1, rue d'Austerlitz – CS 27 261 – 31072 Toulouse Cedex 6, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 776 950 537.

Les formules de garanties complémentaires santé, assurées par la Mutuelle du Rempart, sont mentionnées en Annexe 1 du Règlement.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - 75436 PARIS, est chargée du contrôle de la Mutuelle du Rempart.

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction de l'âge du Membre participant, et le cas échéant de celui de ses Ayants droit, de la composition familiale et du niveau de couverture choisi. Le montant des cotisations est déterminé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

La cotisation est payable d'avance. Le Membre participant peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Les garanties prévues par le Règlement sont des garanties complémentaires santé qui ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre participant et le cas échéant, à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

Le Règlement comprend également l'accès à des garanties et services comportant notamment une Garantie d'assistance, assurée par FILASSISTANCE. Les prestations garanties et les conditions générales d'accès aux services sont annexées au présent Règlement.

Les limites de garanties et exclusions prévues par le Règlement sont celles définies par son article 31.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

La souscription se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le Membre participant.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge du Membre participant. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par le Membre participant et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à la Mutuelle du Rempart - Département Adhésions (Service Gestion des Contrats) au 1, rue d'Austerlitz – CS 27 261 – 31072 Toulouse Cedex 6, une lettre recommandée ou par un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, rédigée 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.....

Signature »

Les relations précontractuelles et contractuelles avec la Mutuelle du Rempart sont régies par le droit français. La Mutuelle du Rempart s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Réclamations de la Mutuelle du Rempart à l'adresse suivante : Mutuelle du Rempart - Service Réclamations - 1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6 ou appeler le 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.

La réclamation, quel que soit le support utilisé pour la porter à la connaissance de la Mutuelle du Rempart ou la personne à qui elle est transmise, fait l'objet d'une fiche « Réclamation » qui est transmise au Service « Réclamations » en charge de leur centralisation et de leur traitement. Un accusé de réception est adressé au Membre participant ou à ses Ayants droits le cas échéant au plus tard dans les dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de sa réclamation, sauf si la réponse lui est apportée dans ce délai.

Le Service Réclamations traite les réclamations dans un délai de deux (2) mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation, le Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droit ont la possibilité de saisir le médiateur dont les coordonnées sont les suivantes :

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

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

Table des matières

TITRE I – FONCTIONNEMENT DU REGLEMENT MUTUALISTE	5
ARTICLE 1 – OBJET	5
ARTICLE 2 – LOI APPLICABLE	5
ARTICLE 3 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	5
ARTICLE 4 – QUALITE DE MEMBRE PARTICIPANT ET D'AYANT DROIT	5
4.1. Notion de Membre participant.....	5
4.2. Notion d'Ayant droit.....	5
4.3. Notion de bénéficiaires.....	6
ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHESION	6
5.1. Critères d'adhésion.....	6
5.2. Pièces nécessaires à la constitution du dossier d'adhésion	6
5.3. Emission de la Carte d'Adhérent / Carte Mutualiste de Tiers Payant	7
ARTICLE 6 – DATE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION ET FACULTE DE RENONCIATION	7
6.1. Date d'effet de l'adhésion	7
6.1.1. Principe général.....	7
6.1.2. Cas particulier d'une adhésion faisant suite à une résiliation infra annuelle.....	7
6.2. Durée de l'adhésion et renouvellement de l'adhésion.....	7
6.3. Faculté de renonciation.....	8
ARTICLE 7 – CHANGEMENT DE COUVERTURE	8
7.1. Vers une formule supérieure de garanties.....	8
7.2. Vers une formule inférieure de garanties.....	8
ARTICLE 8 – ADJONCTION ET SUPPRESSION D'UN AYANT DROIT	8
ARTICLE 9 – RESILIATION DE L'ADHESION	9
9.1. Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant	9
9.2. Modalités de résiliation en application des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.....	10
9.3. Effets de la résiliation	10
9.4. Cessation des garanties.....	10
ARTICLE 10 – OBLIGATION D'INFORMATION ANNUELLE A LA CHARGE DE LA MUTUELLE	10
ARTICLE 11 – PRESCRIPTION.....	11
11.1. Modalités de la prescription	11
11.2. Interruption de la prescription	11
11.3. Suspension de la prescription	11
ARTICLE 12 – NULLITE DE LA GARANTIE POUR FAUSSE DECLARATION ET FRAUDE	11
12.1 Lutte contre la fraude.....	11
12.2 Nullité de la garantie.....	12
ARTICLE 13 – RECLAMATION – MEDIATION.....	12
ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	13
ARTICLE 15 – DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE	14
ARTICLE 16 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	14
ARTICLE 17 – AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION	14
TITRE II – COTISATIONS.....	14
ARTICLE 18 – PRINCIPES	14
ARTICLE 19 – FIXATION ET ASSIETTE DES COTISATIONS	14
19.1. Fixation des cotisations.....	14
19.2. Assiette des cotisations.....	15
ARTICLE 20 – MODALITES DE REGLEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 21 – REVISION DES COTISATIONS.....	15
ARTICLE 22 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	15
TITRE III – GARANTIES ET PRESTATIONS	16
ARTICLE 23 – LES GARANTIES COUVERTES	16
ARTICLE 24 – PRESTATIONS PRISES EN CHARGE	16
24.1. Remboursement des prestations.....	16
24.2. Demande de devis.....	16
24.3. Hospitalisation (y compris centre de rééducation).....	17
24.3.1. Hospitalisation.....	17
24.3.2. Frais d'accompagnant.....	17
24.3.3. Chambre particulière.....	17
24.4. Soins courants.....	18
24.4.1. Honoraires médicaux et paramédicaux.....	18
24.4.2. Autres soins courants	18

24.5	Dentaire.....	18
24.6	Optique.....	19
24.6.1	Renouvellement de l'équipement optique.....	19
24.6.2	Lentilles.....	20
24.6.3	Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser.....	20
24.7	Aides auditives	20
24.7.1	Conditions de prise en charge et de renouvellement à compter du 1er janvier 2021.....	20
24.7.2	Accessoires et consommables pour aides auditives	20
24.8	Frais de cure thermique	21
24.9	Prévention mutualiste.....	21
24.9.1	Traitement anti-tabac / Coaching sportif.....	21
24.9.2	Forfait « PLUS » hors nomenclature.....	21
24.9.3	Vaccins et dépistage.....	21
24.10	Autres prestations.....	22
24.10.1	Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique/Nutrition, Podologie/Pédicurie, Psychomotricité, Acupuncture.....	22
24.10.2	Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI).....	22
24.10.3	Soins à l'étranger	22
24.10.4	Allocation naissance	22
ARTICLE 25 – OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS		22
25.1	Principe : absence de délai d'attente.....	22
25.2	Exception : cas d'application spécifique d'un délai d'attente à des prestations non responsables.....	22
ARTICLE 26 – TARIF DE RESPONSABILITE.....		23
ARTICLE 27 – TICKET MODERATEUR		23
ARTICLE 28 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE.....		23
ARTICLE 29 – SUBROGATION		23
ARTICLE 30 – LIMITE DE GARANTIE ET RISQUES EXCLUS		24
ARTICLE 31 – CONTROLE MEDICAL		24
TITRE IV – ACTION SOCIALE ET SERVICES A LA PERSONNE.....		24
ARTICLE 32 – FONDS SOCIAL.....		24
ARTICLE 33 – AUTRES SERVICES.....		25
– Annexe 1 : Tableau des garanties et des prestations		
– Annexe 2 : Tableau Forfait « Plus » hors nomenclature Sécurité sociale		

TITRE I – FONCTIONNEMENT DU REGLEMENT MUTUALISTE

ARTICLE 1 – Objet

Le présent Règlement est établi par la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 II du Code de la mutualité. Il a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la Mutuelle et chaque Membre participant ainsi que, le cas échéant, ses Ayants droits, en ce qui concerne notamment les prestations et les cotisations selon les modalités qu'il définit.

De plus, conformément à ses Statuts, le Règlement est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle du Rempart et ce, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Toute modification apportée au Règlement par le Conseil d'Administration doit être notifiée aux Membres participants. Il en est de même des modifications portant sur les prestations et sur les montants de cotisations.

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 conformément à l'article L. 225-2 du Code de la mutualité.

ARTICLE 3 – Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier aussi longtemps que le Membre participant est affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France (France métropolitaine, Corse et DROM COM), dont les Caisses de Sécurité sociale sont rattachées aux Caisses Nationales du Régime Général pour leur gestion administrative et leur action sociale. Le calcul du remboursement sera exclusivement effectué sur la base du tarif de convention.

Pour les soins effectués à l'étranger, il appartiendra au Membre participant de fournir toutes les pièces justifiant l'intervention subie, ainsi que les notes de frais et honoraires afférents.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 4 – Qualité de Membre participant et d'Ayant droit

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 complémentaires santé de la Mutuelle à laquelle ils 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 en application de l'article 7.1 des Statuts et à jour du paiement de leurs cotisations.

4.2. Notion d'Ayant droit

Peuvent également bénéficier des garanties complémentaires santé dont les modalités sont définies par le présent Règlement et ce, en qualité d'ayant droit, les personnes physiques définies dans l'article 7.2 des Statuts.

Ainsi, peuvent revêtir la qualité d'ayant droit du Membre participant, les personnes suivantes :

1. Le conjoint ou assimilé :
 - a) Le conjoint étant la personne liée au Membre participant par les liens du mariage et non séparé judiciairement ;
 - b) La personne ayant conclu avec le Membre participant un Pacte Civil de Solidarité (PACS) régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
 - c) La personne vivant en concubinage avec le Membre participant ;

Les enfants à charge ou assimilés répondant à l'une des conditions suivantes :

- a) Agés de moins de seize (16) ans qui sont rattachés en qualité d'Ayants droit, au sens de la Sécurité sociale, au Membre participant ou à son conjoint (ou assimilé) ;
 - b) Agés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt et un (21) ans, qui n'ont pas demandé la qualité d'ayant droit autonome au sens de la Sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
 - c) Agés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt et un (21) ans qui ont demandé la qualité d'ayant droit autonome au sens de la Sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
 - d) Recueillis ou sous tutelle du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations a), b) et c) ;
 - e) Les petits enfants du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations visées en a), b) et c).
- f) Les enfants handicapés, (dont l'état d'handicap a été constaté avant leur vingtième anniversaire), jusqu'à l'âge de vingt-huit (28) ans.

Le critère d'âge s'apprécie 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.

4.3. Notion de bénéficiaires

Les Membres participants définis à l'article 4.1 et les Ayants droit définis à l'article 4.2 sont désignés, dans la suite du présent Règlement mutualiste, sous le terme de « bénéficiaires ».

ARTICLE 5 – Conditions d'adhésion

5.1. Critères d'adhésion

Conformément à l'article 7 des Statuts de la Mutuelle, l'engagement réciproque du Membre participant et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des Statuts et du Règlement Intérieur de la Mutuelle ainsi que des droits et obligations définis par le présent Règlement. Ces documents, ainsi que le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (DIPA), lui ont été remis avant signature du bulletin d'adhésion. Le Membre participant adhère à la couverture santé qui s'applique à lui et à l'ensemble de ses éventuels Ayants droit.

Les Membres participants doivent, pour adhérer à une des garanties complémentaires santé proposée par la Mutuelle et ainsi bénéficier des prestations :

- 1) Justifier relever du statut d'agent de la fonction publique hospitalière ou d'ancien agent retraité de la fonction publique hospitalière ;
- 2) Être affiliés à un régime obligatoire français de protection sociale ;
- 3) Être à jour de leurs cotisations ;
- 4) Se conformer au Règlement et se soumettre aux contrôles administratifs et médicaux prévus par le Règlement. Ils sont tenus d'informer la Mutuelle de tout changement de leur régime obligatoire de Sécurité sociale, de leur situation familiale, professionnelle ou de domicile.

En cas de perte de la qualité d'agent actif de la fonction publique hospitalière, 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 à l'article 26.2 du présent Règlement.

L'adhésion est familiale (même couverture pour tous les membres de la famille) *En cas de séparation des parents les enfants peuvent être inscrits sur le dossier de chacun des parents.*

La cotisation sera alors appelée sur chacun de dossiers.

5.2. Pièces nécessaires à la constitution du dossier d'adhésion

L'ouverture du droit aux prestations est conditionnée par la réception du dossier complet de demande d'adhésion. Il doit comprendre :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé ;
- Le relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation ;
- Un mandat SEPA signé ;
- Une copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité recto/verso, passeport) ;

- 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 relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) des bénéficiaires des prestations qui sont âgés de plus de seize (16) ans ;
- La copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie pour chacun des bénéficiaires inscrits et, le cas échéant un justificatif délivré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour les enfants âgés de moins de vingt-huit (28) ans ;
- 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 ;
- 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 à l'article 26.2 du présent Règlement.

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.

5.3. Emission de la Carte d'Adhérent / Carte Mutualiste de Tiers Payant

En fonction des garanties souscrites, le tiers payant est un dispositif permettant de dispenser le Membre participant et ses Ayants droit de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé exerçant sur le territoire national, grâce à un règlement intervenant directement entre le professionnel de santé et la Mutuelle.

Toutefois, dans le cadre de la mise en œuvre des garanties relevant du panier de soins du 100 % Santé, la Mutuelle s'engage à appliquer le mécanisme du tiers payant généralisé avec les professionnels de santé qui en sont équipés.

Pour les soins exercés hors de France, La Mutuelle délivre sa prise en charge sur présentation des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire.

La carte de mutualiste de tiers payant ou carte d'adhérent est adressée au début de chaque année à tous les Membres participants. Elle est à restituer à la Mutuelle dès que la personne ne remplit plus la qualité de Membre participant.

ARTICLE 6 – Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion et faculté de renonciation

6.1. Date d'effet de l'adhésion

6.1.1. 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.

6.1.2. 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 du Rempart 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 du Rempart 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.

6.2. Durée de l'adhésion et renouvellement de l'adhésion

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 9 du présent Règlement.

6.3. Faculté de renonciation

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

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

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) confirme renoncer à mon adhésion au contrat (nom de la gamme ou formule) que j'ai souscrit auprès de la Mutuelle du Rempart en date du

Je vous saurais gré de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma demande d'adhésion, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la présente correspondance.

Fait à..... Le.....

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

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.

ARTICLE 7 – Changement de couverture

7.1. 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 à l'article 26.2 du présent Règlement.

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

7.2. 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 7.1 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.

ARTICLE 8 – Adjonction et suppression d'un Ayant droit

Le formulaire d'adjonction d'un ou de plusieurs Ayants droit est disponible sur l'espace Adhérent ou encore peut être remis au Membre participant sur simple demande de sa part. Le formulaire doit être complété et adressé à la Mutuelle, par courrier ou par courriel, accompagné des pièces justificatives sollicitées. L'adjonction d'un ou des Ayants droit prend effet le lendemain de la réception de la demande ou à une date postérieure au choix du Membre participant, sous réserve de la régularisation du paiement de la cotisation supplémentaire éventuellement due.

Par exception, l'adjonction d'un nouveau-né prend effet au jour de sa naissance, le Membre participant disposant d'un délai d'un (1) mois pour en faire la déclaration selon les formalités prévues ci-dessus. 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.

La demande de suppression d'un ayant droit doit être adressée par le Membre participant à la Mutuelle, sur tout support durable à partir de 6 mois de présence de l'ayant droit. La suppression est effective à la fin du mois au cours duquel la demande est effectuée.

Toute demande d'adjonction ou de suppression doit être formulée :

- Par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle du Rempart - Service « Gestion Contrats » 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6
- Par courriel, en renseignant l'adresse suivante : gestion.contrats@rempartmutuelle.fr

L'adjonction d'un ou plusieurs Ayants droit fait l'objet d'un courrier de confirmation de la part de la Mutuelle.

La suppression d'un ayant droit peut également être automatique lorsque l'un des Ayants droit ne répond plus à la définition qui en est donnée à l'article 4.2 du présent Règlement. Dans ce cas, la Mutuelle informe le Membre participant par courrier de la radiation de l'ayant droit concerné.

ARTICLE 9 – Résiliation de l'adhésion

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, 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.

ARTICLE 10 – 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 du Rempart 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.

ARTICLE 11 – Prescription

11.1. Modalités de la prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

11.2. 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).

11.3. 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 12 – Nullité de la garantie pour fausse déclaration et fraude

12.1 Lutte contre la fraude

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

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

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

12.2 Nullité de la garantie

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 fautive, 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.

ARTICLE 13 – Réclamation – médiation

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 Réclamations 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 à l'auteur de la réclamation 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 14 – Protection des données personnelles

La Mutuelle du Rempart en tant que responsable de traitement, s'engage à l'égard de ses Membres au respect d'une conformité continue aux dispositions du Règlement Général de Protection des Données Personnelles (RGPD), et de celles de la loi n° 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée (LIL) en matière de protection des données personnelles qu'elle est amenée à collecter et à traiter dans le cadre de ses activités.

A ce titre, la Mutuelle s'engage notamment à :

- Traiter les données personnelles uniquement pour les seules finalités pour lesquelles elle est autorisée ;
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans ce cadre ;
- Vérifier que les droits des personnes figurant dans le(s) fichier(s) et, en particulier, leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des informations les concernant sont respectés. Il en sera de même concernant le droit d'opposition pour des motifs légitimes et de limitation du traitement des données dans les conditions visées à l'article 18 du RGPD.
- Veiller au respect de mise en œuvre des directives post-mortem formulées le cas échéant par les personnes concernées par le traitement de leurs données personnelles ;
- Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel :
 - o S'engagent à respecter la confidentialité des données ;
 - o Reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel ;
- Prendre en compte, s'agissant de ses outils, produits, applications ou services, les principes de protection des données dès leur conception ;
- Dans l'hypothèse où une violation de données à caractère personnel est susceptible d'engendrer un risque pour les droits et libertés des personnes physiques, la Mutuelle notifiera directement à la CNIL la violation de données dans les conditions énoncées à l'article 33 du Règlement européen et communiquera également dans les meilleurs délais ladite violation à la personne concernée, lorsque cette violation est susceptible d'engendrer un risque élevé pour ses droits et libertés, tel que défini à l'article 34 du Règlement européen.

La Mutuelle du Rempart prévoit des garanties suffisantes quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées, de manière à ce que le traitement réponde aux exigences légales et réglementaires et garantisse la protection des droits.

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle pour la gestion des adhésions au présent Règlement. Elles sont destinées dans ce cadre à la Mutuelle en tant que responsable du traitement, et, éventuellement, aux mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou aux réassureurs de la Mutuelle.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de recherche scientifique ou historique, de prévention de la fraude, pouvant notamment conduire à l'inscription du membre participant sur une liste de personnes présentant un risque de fraude recouvrement et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, ou d'obligations légales et, sauf opposition, à des fins commerciales, compte tenu du dernier alinéa de l'article 15 ci-après.

Chaque Membre participant ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires et sous-traitants disposent d'un droit de communication, de rectification, de portabilité de ses données personnelles, ou encore d'un droit de retrait de son consentement à l'utilisation de ces données ainsi que d'un droit d'opposition et d'effacement pour des motifs légitimes à propos de toute donnée les concernant, en s'adressant au DPO désigné par la Mutuelle et en joignant à leur demande la copie d'un justificatif de leur identité, soit :

- Par écrit aux coordonnées suivantes : LEXAGONE – 9, rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING (adresse postale) ou dpo@lexagone.fr (adresse électronique) ;
- Par téléphone : au 03 74 09 66 70 (Ligne téléphonique dédiée non surtaxée)

En outre, les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion du contrat d'assurance, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales) soit en ce qui concerne le contrat « frais de santé » deux (2) ans à compter de la résiliation du contrat et/ ou de l'adhésion du Membre participant.

Les données à caractère personnel ne font pas l'objet d'un transfert dans un pays tiers.

En application des dispositions de l'article 77 du RGPD, les Membres participants ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de violation alléguée du RGPD en écrivant à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou directement sur leur site internet : <https://www.cnil.fr>.

ARTICLE 15 – Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- par connexion au site internet de la société de BLOCTEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de joindre téléphoniquement le Membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes.

ARTICLE 16 – Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

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

ARTICLE 17 – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle du Rempart est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier, située - 4, place de Budapest – CS 92459 -75436 Paris Cedex 09.

TITRE II – COTISATIONS

ARTICLE 18 – 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 19 – Fixation et assiette des cotisations

19.1. Fixation des cotisations

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

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). Ainsi, le tableau des cotisations mensuelles applicable à chaque gamme de garanties, détermine le nombre d'enfant(s) au-delà duquel la gratuité de la cotisation est acquise pour les enfants suivants.

La Mutuelle peut moduler le montant des cotisations en fonction de l'âge du Membre participant, du nombre d'Ayants droit, de la durée d'appartenance à la Mutuelle, du régime de Sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence ou du revenu.

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.

19.2. Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est exprimée :

- Soit forfaitairement en euros ;
- Soit en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale.

ARTICLE 20 – Modalités de règlement 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 ou postal ;
- 2) Soit par chèque ou carte bancaire ou virement sur le compte de la Mutuelle du Rempart ;
- 3) Soit par Titre Interbancaire de Paiement (TIP).

ARTICLE 21 – Révision des cotisations

Hormis le cas de l'indexation annuelle automatique lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, et conformément à l'article 4 des Statuts de la Mutuelle, les montants minimums des cotisations sont décidés par le Conseil d'Administration. La modification de ces montants relève également de sa compétence. Cette modification est applicable dès qu'elle a été notifiée aux Membres participants.

ARTICLE 22 – 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 défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de son engagement contractuel en justice, la Mutuelle peut suspendre la garantie trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant.

La Mutuelle pourra résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, prévu au 1^{er} alinéa, ce qui 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.

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

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

TITRE III – GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 23 – Les garanties couvertes

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.

Elles 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 31 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 la grille de prestations annexée 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 24 – Prestations prises en charge

24.1. Remboursement des prestations

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 du Rempart.

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 autre renseignement permettant d'établir l'effectivité de la réalisation des dépenses engagées.

24.2. 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 de leur reste à charge éventuel. 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.

De même, la Mutuelle peut soumettre les demandes de devis à l'avis d'un Médecin-conseil, d'un dentiste conseil ou tout autre professionnel de santé de son choix qui pourra procéder au contrôle.

24.3 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.

24.3.1 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 hélios marin, aérisme, colonie sanitaire) à l'exclusion des séjours en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

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.

24.3.2 Frais d'accompagnant

Lorsque les repas et le lit accompagnant d'un bénéficiaire de plus de quinze (15) ans sont pris en charge sous la forme de forfait au titre d'une des garanties souscrites, son montant est fixé dans la grille de prestations. En tout état de cause, cette prise en charge est limitée à quinze (15) jours par an.

En revanche, la limitation de durée ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire hospitalisé est :

- Un enfant de moins de quinze (15) ans ;
- Un adulte handicapé, titulaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ;

Un adulte de plus de soixante-dix (70) ans, Toutefois, au-delà de quinze (15) jours consécutifs d'hospitalisation, une demande de remboursement des frais d'accompagnant peut être soumise à l'accord du Médecin conseil de la Mutuelle.

24.3.3 Chambre particulière

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

En revanche, aucune prise en charge au titre d'une chambre particulière n'est accordée par la Mutuelle pour les hospitalisations dans les maisons de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), dans les maisons de régime et assimilées.

Cependant, une demande de prise en charge des frais de chambre particulière occasionnés lors de séjours de réadaptation de courtes durées en maisons de soins de suite spécialisées et après une intervention chirurgicale, orthopédique ou post-traumatique, pourra être soumise à l'avis du Médecin conseil de la Mutuelle. En cas d'accord de celui-ci, la prise en charge se fera dans les limites de la garantie souscrite dans les conditions d'une hospitalisation.

24.4 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.

24.4.1. 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.

24.4.2. 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) ;
- Les prothèses mammaires, capillaires ou oculaires. Pour ces dernières, la Mutuelle verse également un forfait annuel dont le montant est défini dans la grille de prestations choisie par le Membre participant.

Sur présentation d'une facture acquittée, la Mutuelle peut également allouer un forfait annuel participatif pour le remboursement des protections liées à l'incontinence des adultes ou pour l'acquisition d'un fauteuil roulant. Les montants forfaitaires sont indiqués dans la grille de prestations choisie par le Membre participant.

Dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) et sur prescription médicale du chirurgien ayant pratiqué l'intervention, la Mutuelle peut allouer une participation forfaitaire pour la dermopigmentation de l'aréole mamelonnaire réalisée par une esthéticienne titulaire d'un certificat de capacité socio-esthétiques.

24.5 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, le panier aux tarifs maîtrisés et le panier aux tarifs libres.

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.

Les forfaits de remboursement relatifs aux implants et à la parodontologie ne sont pas cumulables entre eux.

Sont assimilées aux prothèses dentaires :

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

La prise en charge par la Mutuelle de tout ou partie des prothèses dentaires des implants et de la parodontologie 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 ainsi que les devis à l'avis d'un dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins sous peine de se voir refuser le remboursement par la Mutuelle.

Les devis dentaires qu'ils concernent des soins pris et/ou non pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale pourront être soumis au contrôle d'un dentiste conseil

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.

En fonction de la garantie choisie par le Membre participant, la Mutuelle peut intervenir par le versement d'un forfait pour les actes d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale. Sa prise en charge est limitée par le versement d'un forfait par semestre.

24.6 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.

24.6.1 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 :

- Variations 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 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 1^{er} janvier de l'année considérée pour l'acquisition de l'équipement.

24.6.2 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 de l'opticien mentionnant obligatoirement la périodicité précise de délivrance des lentilles (exemple : 3 mois, 6 mois...).

Le forfait alloué sera automatiquement fractionné à la hauteur de la dépense engagée correspondant à cette durée.

24.6.3 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.

24.7 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.

24.7.1 Conditions de prise en charge et de renouvellement à compter du 1er janvier 2021

A compter du 1^{er} 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.

24.7.2 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.

24.8 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.

24.9 Prévention mutualiste

24.9.1 Traitement anti-tabac / Coaching sportif

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.

Lorsque dans le cadre de la garantie souscrite par le Membre participant, le forfait annuel anti-tabac n'a pas été utilisé au titre d'une année par le Membre participant ou, le cas échéant, ses Ayants droit, il peut être reporté pour une prise en charge partielle de séances de coaching sportif, animées exclusivement par une société partenaire de la Mutuelle.

Les modalités et les montants de prise en charge sont définis dans une notice explicative tenue à la disposition des Membres participants.

24.9.2 Forfait « PLUS » hors nomenclature

Pour les actes hors nomenclature non remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle propose pour certaines garanties souscrites, l'attribution d'un forfait au profit des bénéficiaires de la garantie.

Ainsi, après avis du médecin conseil de la Mutuelle, un forfait annuel peut être alloué :

- Pour certains actes et soins prescrits médicalement mais refusés par la Sécurité sociale comme notamment :
 - o Les analyses, les actes d'imagerie (radios, scanner...) ;
 - o Les examens de densitométrie osseuse au-delà du tarif de remboursement de la Sécurité sociale ou si cet acte n'est pas pris en charge par le régime obligatoire ;
 - o La contraception féminine (sauf préservatifs) ;
 - o Les actes de kinésithérapie pratiqués avec la méthode dite "MEZIERES" ou toute autre méthode de kinésithérapie considérée comme hors nomenclature ;
 - o Le traitement médical anti-paludisme ;
 - o Le vaccin contre la fièvre jaune ;
 - o Les préparations magistrales ;
 - o Les produits et traitements pharmaceutiques ne figurant pas sur la liste des prestations et produits (LPP) hors parapharmacie ;
- Pour des soins de médecine douce : naturopathie, sophrologie, réflexologie plantaire ;
- Pour des séances chez un psychologue.

Les accessoires non pris en charge par la Sécurité sociale ne sont pas remboursables par la Mutuelle.

Le montant de chaque forfait annuel est fonction de la gamme de produit et du niveau de garantie choisis par le Membre participant.

Ces montants sont mentionnés dans un tableau récapitulatif figurant en Annexe 2 du présent Règlement. Ils sont applicables par année civile.

24.9.3 Vaccins et dépistage

En fonction de la garantie souscrite, la Mutuelle peut prendre en charge, sous forme de forfait annuel par bénéficiaire, les vaccins et test de dépistage suivants :

- Antigrippe ;
- Méningite ;
- Choléra ;
- Test de dépistage du cancer du côlon.

24.10 Autres prestations

24.10.1 Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique/Nutrition, Podologie/Pédicurie, Psychomotricité, Acupuncture

Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, ces soins peuvent être remboursés indifféremment, en montant forfaitaire unitaire dans la limite d'un nombre de séances cumulées par année civile et par bénéficiaire, en fonction du niveau de garantie choisi par le Membre participant.

Cette prestation est attribuée sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève et/ou le numéro FINESS ou ADELI, et sur prescription médicale en ce qui concerne les diététiciens/nutritionnistes et les psychomotriciens.

24.10.2 Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI)

Le certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport est établi par un médecin du sport. En fonction de la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge la consultation liée à la délivrance de ce document à hauteur d'un forfait annuel, dans la limite de quatre (4) consultations pour une même famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants). Le remboursement se fait sur présentation de la facture nominative acquittée, établi par le médecin et précisant l'objet de la consultation.

24.10.3 Soins à l'étranger

La Mutuelle assure la prise en charge du ticket modérateur (TM) des soins pris en charge par la Sécurité sociale réalisés à l'étranger.

Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, les soins sont remboursés en fonction du forfait prévu à la garantie et selon les modalités renseignées dans le présent Règlement.

24.10.4 Allocation naissance

Selon la formule souscrite, l'allocation naissance 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 l'allocation naissance il convient que le Membre participant inscrive l'enfant en qualité d'ayant droit sur son contrat, dans un délai maximum de deux mois après la naissance ou l'adoption de l'enfant.

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

L'allocation 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 ou à une adoption 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 ou les adoptions survenues dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

ARTICLE 25 – Ouverture du droit aux prestations

25.1 Principe : absence de délai d'attente

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

25.2 Exception : cas d'application spécifique d'un délai d'attente à des prestations non responsables

La Mutuelle peut appliquer des délais d'attente pour certaines prestations ne relevant pas du cahier des charges du contrat responsable dans les conditions suivantes :

- A l'adhésion :
 - Trois (3) mois pour les frais de chambre particulière ;
 - Six (6) mois pour les suppléments hors Ticket Modérateur des frais de prothèses et implants dentaires, inlays, onlays, orthodontie et parodontologie.

- En cas de demande d'évolution de la couverture vers un niveau supérieur de garantie, la Mutuelle applique un délai d'attente de trois (3) mois avant que le Membre participant ne puisse bénéficier du niveau de remboursement supérieur proposé par cette nouvelle garantie. Durant ce délai d'attente, la prise en charge de la Mutuelle demeure au même niveau de couverture que précédemment.

Ces délais d'attente ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- Pour les garanties de même nature si le Membre participant vient en mutation d'un autre organisme assureur dans un délai maximum de deux (2) mois (sur présentation d'un certificat de radiation) ;
- Lors du passage à une couverture supérieure pour les adhérents justifiant d'au moins cinq (5) ans d'ancienneté consécutifs ;
- Pour les accidents (atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure) ;
- Pour les adhérents bénéficiant préalablement d'une couverture complémentaire santé étudiante assurée par la Mutuelle et qui changent de statut, quelle que soit la nouvelle couverture choisie ;
- Pour le conjoint d'un Membre participant, en cas de mariage ou de PACS, si sa demande d'affiliation est formulée dans les deux (2) mois suivant le mariage ou le PACS ;
- Pour les jeunes mariés ou pacsés s'ils adhèrent dans les deux (2) mois suivant leur union civile ou la conclusion de leur contrat de PACS ;

ARTICLE 26 – Tarif de responsabilité

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 27 – Ticket modérateur

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

ARTICLE 28 – 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 indemnités 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 29 – 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 30 – 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 31 – Contrôle médical

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

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.

TITRE IV – ACTION SOCIALE et SERVICES A LA PERSONNE

ARTICLE 32 – 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 33 – Autres Services

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

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

LEXIQUE

AYANT DROIT

Une personne est considérée comme ayant droit du Membre participant dès lors qu'elle bénéficie des prestations d'une garantie complémentaire santé à laquelle le Membre participant a adhéré. Les conditions de son affiliation sont définies par les Statuts de la Mutuelle du Rempart.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) OU TARIF DE CONVENTION OU TARIF DE RESPONSABILITÉ

Il s'agit du tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement maximum. Sur la base de ce tarif de référence, la Sécurité sociale applique un pourcentage de remboursement. Ce tarif est fixé selon une nomenclature établie par la Caisse Nationale d'assurance maladie, qui détermine pour chaque acte médical une cotation et un tarif de remboursement.

La Mutuelle prend en charge la différence entre le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le tarif de responsabilité. Les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie.

CONCUBIN

Le concubin est la personne qui vit maritalement avec le Membre participant, qu'elle soit partenaire d'un PACS ou non. L'article 515-8 du Code civil définit le concubinage comme « une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

CONJOINT

Le conjoint est la personne liée au Membre participant par les liens du mariage et non séparée judiciairement.

CONTRAT RESPONSABLE

Il s'agit d'un contrat d'assurance complémentaire santé qui doit respecter les principes posés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (CSS) ainsi que les règles comportant des exclusions et des obligations de prise en charge minimales définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du CSS. Par ailleurs, le Bénéficiaire doit respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire, le passage du patient par le médecin traitant, avant toute autre consultation (sauf exception).

CONTRAT SOLIDAIRE

Il s'agit d'un contrat complémentaire santé pour lequel l'adhésion n'est pas soumise à un questionnaire médical, d'une part, et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de ses bénéficiaires.

DATE ANNIVERSAIRE DE L'ADHESION

C'est la date à laquelle l'engagement du Membre participant prend effet à l'égard de la Mutuelle. Chaque année, à la même date, l'adhésion est tacitement reconduite, sauf en cas de demande de résiliation de la part du Membre participant, effectuée dans les conditions visées à l'article 9 du présent Règlement. La date anniversaire de l'adhésion est donc la date d'effet à l'année N+1.

DÉLAI D'ATTENTE OU DÉLAI DE STAGE OU DÉLAI DE CARENCE

C'est une période cotisée, définie contractuellement, qui prend effet à compter de la date de l'adhésion ou de la date effective d'un changement de couverture vers un niveau supérieur. Au cours de cette période, l'intervention de la Mutuelle n'est pas due. Seules sont concernées par l'application d'un délai d'attente, les prestations qui ne relèvent pas du contrat responsable.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

C'est la part des honoraires des médecins qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Les médecins installés en secteur 1 ne facturent pas de dépassement d'honoraires. Ils appliquent alors un tarif dit de convention.

En revanche, les médecins installés en secteur 2 sont autorisés à facturer librement leurs honoraires au-delà du tarif de convention sous réserve qu'ils en fixent le montant avec tact et mesure.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit et sous réserve que le dépassement n'excède pas 100 % du tarif de responsabilité. En effet, le niveau de remboursement de la Mutuelle est plafonné pour les médecins non adhérent à un DPTAM.

Enfin, les médecins de secteur 3 sont « hors convention » et leurs honoraires sont totalement libres. Dans ce cas, l'assurance maladie obligatoire applique un tarif de remboursement très faible dit « tarif d'autorité » et le remboursement de la Mutuelle n'excèdera pas le tarif d'autorité.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

C'est un terme générique qui vise les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO concerne de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

On entend par établissements hospitaliers les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les établissements de Psychiatrie (PSY).

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF)

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe entre eux. L'entente directe suppose de la part du chirurgien-dentiste l'émission d'un devis comportant un dépassement d'honoraires accepté par l'assuré.

Les HLF sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 (JO du 25 août 2018).

MEMBRE PARTICIPANT

Le Membre participant est la personne physique qui adhère au Règlement mutualiste et qui bénéficie, à ce titre, des prestations de la Mutuelle.

Elle peut également en ouvrir le droit à son ou ses Ayants droit.

MUTUELLE

C'est l'organisme assureur des garanties individuelles complémentaires santé.

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présentes Conditions Générales sont prescrites dans les délais et termes de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

PRIX LIMITES DE VENTE (PLV)

Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé. Les PLV sont fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

La facturation des équipements d'optique médicale et des aides auditives est soumise aux PLV dans le cadre de la réforme du 100 % Santé.

Conformément au niveau de garantie souscrit, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Il s'agit d'une personne habilitée à dispenser des actes et des soins médicaux.

TÉLÉTRANSMISSION

C'est un échange de données informatiques par lequel la Mutuelle reçoit, par transmission électronique de la Sécurité sociale, l'image du décompte des prestations de l'assuré.

Cette image permet à la Mutuelle de régler la part lui incombant après déduction du remboursement opéré par la Sécurité sociale. Les professionnels de santé (ex : pharmacies) peuvent également télétransmettre vers les Mutuelles.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la part des dépenses de santé restant à la charge du Bénéficiaire qui est constituée par la différence entre le TRSS et le remboursement de la Caisse Primaire d'assurance maladie (CPAM) ou du Régime Obligatoire. Le Ticket Modérateur est différent pour un même acte suivant le taux de remboursement appliqué par les différentes caisses.

TIERS-PAYANT (TP)

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par la délivrance d'une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie.

La Mutuelle délivre au Membre participant, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant qui lui permet, à lui ou à ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES (A TITRE INDICATIF)

DEMANDE D'ADHÉSION	- Bulletin d'adhésion dûment complété et signé - Relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation - Mandat SEPA signé - Copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité recto/verso, passeport etc.) - 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, relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) des bénéficiaires des prestations qui sont âgés de plus de seize (16) ans - Attestation de droits à l'assurance maladie pour chacun des bénéficiaires inscrits et, le cas échéant, la carte d'invalidité délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour les enfants âgés de moins de vingt-huit (28) ans - 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 - Le cas échéant, 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 à l'article 26.2 du Règlement
NAISSANCE OU ADOPTION	En cas de demande d'affiliation de l'enfant : - Formulaire d'adjonction d'un ou de plusieurs Ayants droit - Copie de l'extrait d'acte de naissance - Attestation de droits Sécurité sociale précisant le rattachement de l'enfant au Membre participant, conjoint, concubin, cocontractant d'un PACS - Copie du certificat d'adoption ou du jugement du tribunal judiciaire
CHANGEMENT DE CAISSE ET/OU DU NUMÉRO DE RÉGIME OBLIGATOIRE DU MEMBRE PARTICIPANT OU DU BÉNÉFICIAIRE OU DES AYANTS DROIT	- Nouvelle attestation de droits Sécurité sociale
MARIAGE, PACS, CONCUBINAGE	En cas de demande d'affiliation du conjoint : - Formulaire d'adjonction d'un ou de plusieurs Ayants droit - Copie d'extrait d'acte de mariage ou de l'attestation de PACS ou de déclaration sur l'honneur de vie maritale - Attestation de droits à l'assurance maladie pour le conjoint En cas de changement uniquement de nom patronymique : - Extrait d'acte de mariage
CAPACITÉ JURIDIQUE DU MEMBRE PARTICIPANT	- Jugement de tutelle (intervention du tuteur pour tout acte portant sur le contrat) - Jugement de curatelle : - o Curatelle renforcée (intervention du curateur pour tout acte portant sur le contrat) - o Curatelle simple (le Membre participation peut continuer d'exécuter tout acte portant sur le contrat) - Jugement de mise sous sauvegarde de justice (le Membre participation ou son représentant peut continuer d'exécuter tout acte portant sur le contrat)
MUTATION PROFESSIONNELLE ET AUTRES CHANGEMENTS DE SITUATION PROFESSIONNELLE	- L'arrêté de mutation à défaut justificatif attestant de la mutation - Justificatifs attestant le changement de situation professionnelle (mise en disponibilité, congé parental, démission, fin de contrat, retraite, etc.)

CHANGEMENT D'ADRESSE	– Justificatif de domicile (facture de téléphone, quittance de loyer...)
SÉPARATION OU DIVORCE Séparation : le Membre participant, chef de famille, peut continuer ou arrêter de prendre en charge son conjoint et ses enfants Divorce : le conjoint est automatiquement radié du bénéfice de la cotisation familiale alors que les enfants peuvent encore bénéficier de cette couverture suivant la volonté du Membre participant	– Courrier du Membre participant demandant l'arrêt de la prise en charge de ses bénéficiaires – Extrait du jugement de divorce ou de séparation de corps accompagné d'un courrier du Membre participant précisant la prise en charge ou non des enfants et un RIB pour le versement des prestations
DÉCÈS	– Extrait d'acte de décès

ANNEXE 1



Protéger, au sens fort

GARANTIES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AGENTS HOSPITALIERS 2026

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

	LAURIER HOSPI	BADIANE HOSPI	MUSCADE HOSPI
HOSPITALISATION et MATERNITÉ			
Frais de séjour en établissement conventionné	100%	125%	125%
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%
Honoraires de praticiens, ACO, ADA, ATM, ADC (OPTAM et OPTAM-ACO)	140%	180%	210%
Honoraires de praticiens, ACO, ADA, ATM, ADC (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	120%	150%	180%
Forfait hospitalier (en MCO, SSR, Psychiatrie sauf Établissements médico-sociaux)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation aux frais pour actes lourds > 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽¹⁾	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation, maison de régime et assimilés)	15 €/jour	15 €/jour	20 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (dans la limite de 5 jours/an)	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnement (lit et repas) Limités à 15 jours/an sauf pour les moins de 15 ans, adultes handicapés et plus de 70 ans (selon modalités définies au règlement mutualiste) ⁽²⁾	100%	100%	100%
Cure thermale en milieu hospitalier	100%	100%	100%
Transport remboursé Sécurité Sociale, y compris non lié à une hospitalisation	100%	100%	100%
Prime naissance (soumise à l'adhésion de l'enfant)	-	100 €	150 €
En cas de naissance ou d'adoption	-	200 €	300 €
En cas de naissance gémellaire			
DENTAIRE			
Réseau de soins ACTIL (tarifs négociés auprès des professionnels de santé)			
Soins dentaires & Prothèses dentaires	100% Santé*	100% dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	
Soins dentaires	100%	100%	125%
Honoraires maîtrisés (dans la limite des HLF)			
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	175%	250%	325%
- Inlays core	175%	250%	325%
- Inlays - Onlays	150%	150%	200%
Honoraires libres			
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	175%	250%	325%
- Inlays core	175%	250%	325%
- Inlays - Onlays	150%	150%	200%
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	-	150 €/an	250 €/an
Autres actes dentaires			
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale (jusqu'à 2 semestres par an par bénéficiaire)	150%	225%	275%
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale (jusqu'à 2 semestres par an par bénéficiaire)	-	150 €	250 €
- Implantologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (non cumulable avec parodontologie)	240 €/an	400 €/an	600 €/an
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale (non cumulable avec l'implantologie)	240 €/an	400 €/an	600 €/an
SOINS COURANTS			
Pharmacie (médicaments SMR : Sécurité Sociale faible 15 %, modéré 30 %, majeur ou important 65 %)	100%	100%	100%
Honoraires médecins généralistes (Consultations, Visites) (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	120%	140%
Honoraires médecins généralistes (Consultations, Visites) (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	100%	120%
Honoraires médecins spécialistes (Consultations, Visites) ACO, ADA, ATM, ADC (OPTAM et OPTAM-ACO)	120%	160%	200%
Honoraires médecins spécialistes (Consultations, Visites) ACO, ADA, ATM, ADC (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	140%	160%
Actes d'Imagerie (ADI), Actes d'Echographie (ADE densitométrie osseuse et traitements par rayons) (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	100%	150%
Actes d'Imagerie (ADI), Actes d'Echographie (ADE densitométrie osseuse et traitements par rayons) (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	100%	120%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%
Actes de kinésithérapie, Soins infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes, Sages-Femmes, Auxiliaires médicaux...	100%	100%	100%
Mon soutien PSY : séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité Sociale	100%	100%	100%
Protections incontinence adultes (sur présentation d'une facture acquittée)	100 €/an	100 €/an	100 €/an
Dermopigmentation aréole mammaire (sur présentation d'une facture acquittée - selon modalités définies au règlement mutualiste)	100 €/an	100 €/an	100 €/an

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

* Tels que définis réglementairement

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

Lexique	Les verres pris en charge sont définis ci-après :
ACO : Actes d'obstétrique	Verres simples
ADA - ADC : Actes d'anesthésie - Actes de chirurgie	- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries
ADI - ADE : Actes d'imagerie - Actes d'échographie	- 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
AMC : Assurance Maladie Complémentaire	- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
AMO : Assurance Maladie Obligatoire	Verres complexes
ATM : Actes Techniques Médicaux	- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale	- 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
CACI : Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique du sport	- 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
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux	- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
DPTM : Dispositif de pratique Tarifaire Maîtrisée	- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
FR : Frais réels	- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
HLF : Honoraires Limites de Facturation	- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
HN : Hors Nomenclature	Verres très complexes
LPP : Liste des Produits et Prestations	- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
MCO : Médecine - Chirurgie - Obstétrique	- 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
OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	- 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
OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie - Chirurgie - Obstétrique	- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries
PLV : Prix Limite de Vente	
RO : Régime Obligatoire	
SMR : Service Médical Rendu	
SS : Sécurité Sociale	
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation	

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



REMPART
MUTUELLE



Mutuelle de Rempart - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 716950537 et affiliée à la Fédération Nationale de l'Innovation Mutualiste (FNIM). Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 75436 Paris Cedex 09. Document non contractuel.
RN/202060/CIAL/FGARANTIESAGENTS HOSPI

ANNEXE 2

Tableau Forfait « Plus » hors nomenclature Sécurité sociale

	Laurier Hospi	Badiane Hospi	Muscade Hospi
Montant du forfait	50 €	70 €	90 €
Dont Naturopathie, Sophrologie, Réflexologie plantaire, Psychologue (par séance)	20 €	30 €	30 €