



REGLEMENT MUTUALISTE

OFFRE « SANTE FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX »

Préambule

La « Mutuelle du Rempart » est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 776 950 537, dont le siège social est situé au 4/6 boulevard de Strasbourg, 31000 Toulouse (ci-après désignée « la mutuelle »).

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° 776950537 et affiliée à la Fédération nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM)

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – Objet

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

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, de définir les droits et obligations réciproques existants entre la mutuelle et ses membres participants ou honoraires, dans le cadre de la garantie des risques, des prestations et des cotisations Frais de Santé de l'offre réservée aux fonctionnaires territoriaux.

ARTICLE 2 – Bénéficiaires

2.1. – Les membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la gamme « Frais de Santé » de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle en application de l'article 7.1 des Statuts.

2.2. – Les ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent règlement en qualité d'ayant droit pour les prestations relatives aux frais de santé, les personnes physiques définies dans l'article 7.2 des Statuts.

Les éventuels ayants-droit bénéficient nécessairement de la même formule que celle souscrite par le membre participant.

2.3. – Les bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 2-1 et les ayants droit définis à l'article 2-2 sont désignés, dans la suite du présent règlement mutualiste, sous le terme de « bénéficiaires ».

TITRE II – ADHESION, CHANGEMENTS DE FORMULES, RESILIATION, DEMISSION, EXCLUSION, RADIATION

CHAPITRE I. ADHESION – CHANGEMENT DE FORMULES

ARTICLE 3 : Adhésion

3.1. – Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre, avant la signature du Bulletin d'Adhésion, une proposition, les statuts de la mutuelle, le présent règlement ainsi, le cas échéant, que la ou les notices d'information correspondant aux garanties proposées.

Ensuite, elle complète et signe le Bulletin d'Adhésion. Cette signature emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit. Le membre participant doit notamment mentionner, sur le Bulletin d'Adhésion, les ayants droit bénéficiaires et la formule choisie.

Au Bulletin d'Adhésion, doit être jointe pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement, la cotisation des trois premiers mois.

3.2. – Date d'effet de l'adhésion

Suite à la réception du Bulletin d'Adhésion, la mutuelle confirme l'adhésion au membre participant et lui précise le montant des cotisations dues.

La date d'effet de l'adhésion est :

- Le 1^{er} jour du mois civil de la signature du bulletin d'adhésion, lorsque celle-ci est effectuée entre le 1^{er} et le 15 de ce même mois ;
- Le 1^{er} jour du mois civil suivant la signature du bulletin d'adhésion, lorsque celle-ci est postérieure au 15 du mois précédent ;

exception faite pour les nouveau-nés qui sont pris en charge au 1^{er} jour du mois en cours de la déclaration, sauf demande contraire des parents.

L'ouverture des droits aux prestations est conditionnée par la réception du dossier complet comprenant :

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé,
- les 2 premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique ;
- le relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation ;
- un mandat SEPA ;
- le cas échéant, le relevé d'identité bancaire (au format IBAN ou BIC) des bénéficiaires des prestations qui sont âgés de plus de 16 ans ;
- la copie de l'attestation de sécurité sociale pour chacun des bénéficiaires inscrits ;
- le cas échéant, un certificat de radiation du précédent organisme assureur.
- la copie du dernier bulletin de salaire du souscripteur.

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.

3.3. – Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un (1) an, sauf résiliation selon les modalités fixées au chapitre II du présent titre.

3.4. – Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement relatif :

- à son activité professionnelle, notamment s'il a pour conséquence que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION » ;
- à son état civil ;
- à son adresse ;
- aux ayants droits inscrits ;
- à ses coordonnées bancaires ou à celles de l'un de ses bénéficiaires.

ARTICLE 4. : Conditions d'adhésion

4.1. – Conditions liées à l'activité professionnelle

L'adhésion au présent règlement est réservée au personnel actif, quel que soit leur statut y compris les stagiaires en formation et les élèves des écoles, ainsi que les retraités :

- relevant de la fonction publique territoriale,
- ou titulaires d'un mandat électif dans une collectivité territoriale.

4.2. – Territorialité

La personne candidate à l'adhésion doit être domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer et affiliée à un régime d'assurance maladie français. Pour pouvoir être affilié à l'adhésion, l'ayant droit doit également être assuré ou ayant droit d'un régime d'assurance maladie français.

Sous ces réserves, la Mutuelle garantit le remboursement des « frais de santé » dans toute la France Métropolitaine, dans les départements ou territoires d'Outre-Mer et même à l'étranger.

Le calcul du remboursement sera exclusivement effectué sur la base du tarif conventionnel.

Il appartiendra au membre participant de fournir à la Mutuelle toutes les pièces justificatives, ainsi que les notes de frais.

ARTICLE 5. : Renonciation

Le membre participant peut renoncer à son adhésion au présent règlement pendant 15 jours calendaires à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette faculté de rétractation ne s'applique pas pour les adhésions souscrites lors des foires et salons, conformément aux dispositions de l'Article L 121-97 du Code de la Consommation. Dans le cadre de la souscription en ligne, les délais de réflexion et de rétractation applicables sont ceux en vigueur en matière de vente à distance (14 jours).

Pour renoncer à son adhésion, le membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à :

**Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Service Gestion des Contrats)
4/6 boulevard de Strasbourg, B.P. 7161, 31072 Toulouse Cedex 7**

par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de sa carte d'adhérent.

La mutuelle restituera au membre participant l'intégralité de la somme versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, et sous déduction des prestations éventuellement versées.

ARTICLE 6. : Changement de formule de garantie

6.a)

Les changements de formules sont possibles à effet du 1^{er} janvier de chaque année suivant la demande adressée par le membre participant à la mutuelle.

Le membre participant doit adresser sa demande de changement de formule, par écrit au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre, à :

**Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Service Gestion des Contrats)
4/6 boulevard de Strasbourg, B.P. 7161, 31072 Toulouse Cedex 7**

Par exception, la prise d'effet d'un changement de formule pourra avoir lieu en cours d'année :

- s'il s'agit d'un changement de formule qui induit, toutes choses égales par ailleurs, une amélioration des prestations et une augmentation des cotisations, dans le cadre d'opérations ponctuelles proposées par la Mutuelle. Dans ce cas, le changement de formule à la hausse prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande écrite du membre participant.
- avec l'accord préalable de la mutuelle, si la demande de changement de formule est justifiée par une modification de la situation familiale (mariage, divorce, séparation de l'adhérent et du concubin ou naissance, décès). Dans ce cas, le changement de formule prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la demande écrite du membre participant.

Le changement de formule s'applique automatiquement à l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

6.b)

Toute demande de changement de formule qui induirait une baisse des prestations et des cotisations, ne pourra intervenir qu'au 1er janvier suivant l'expiration d'un délai de 12 mois minimum d'adhésion dans la formule en cours.

Par exception, dès lors que la demande de changement de formule est justifiée par une modification de la situation familiale prévue à l'alinéa précédent, ce délai de maintien pourra, avec l'accord préalable de la mutuelle, être réduit pour que le changement de formule intervienne au 1er jour du mois civil suivant l'acceptation de la demande par la mutuelle.

ARTICLE 7 : Règles applicables aux ayants droit

7.1. – Adhésion des ayants droit

L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par l'envoi de la carte d'adhérent. L'article « ADHESION » s'applique de la même façon. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concrétisée par un bulletin d'adhésion complété et signé par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant à deux (2) mois d'assurance lorsque le membre participant n'a pas opté pour le prélèvement automatique.

En cas de naissance ou d'adoption : la date d'effet de l'adhésion de l'ayant droit est le 1^{er} jour du mois en cours de la déclaration, sauf demande contraire des parents.

L'adhésion des éventuels ayants droit est nécessairement effectuée dans la même formule que celle du membre participant.

7.2. – Changements de formules internes des ayants droit

Les changements de formules des ayants droit suivent les règles applicables à l'article « CHANGEMENT DE FORMULE ».

CHAPITRE II. DEMISSION - RESILIATION - EXCLUSION - RADIATION

ARTICLE 8 : Démission

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, à l'adresse suivante :

***Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Service Gestion des Contrats)
4/6 boulevard de Strasbourg, B.P. 7161, 31072 Toulouse Cedex 7***

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.

La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.

ARTICLE 9 : Résiliation

9.1. – Résiliations exceptionnelles

Conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa formule de garantie, ou en cas de changement de département, de changement de situation matrimoniale, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire d'activité professionnelle, de mise en invalidité, de mise en disponibilité pour raisons personnelles ou congé parental, perte de qualité de membre participant tel que défini à l'article « BENEFICIAIRES » du présent règlement, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion 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 le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

9.2. – Résiliation pour non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 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 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

La Mutuelle pourra résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu au 1^{er} alinéa, ce qui entraînera la radiation du membre participant.

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.

Tout rappel pour un retard de deux mois entraînera la perception d'une somme forfaitaire de 1 € ainsi que la majoration de la somme due de 1 % par mois de retard.

En cas d'adhésion à des garanties dépendant exclusivement de la durée de la vie humaine (assurance décès facultative, garantie obsèques), et conformément à l'article L223-19 du Code de la Mutualité, lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse au débiteur de la cotisation une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de son envoi, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne soit la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat collectif en cas d'inexistence ou d'insuffisance de valeur de rachat, soit la réduction des garanties.

9.3. – Résiliations dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- si le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'ayant droit tel que défini à l'article « BENEFCIAIRES » du présent règlement mutualiste.
- si le bénéficiaire bénéficie d'un contrat collectif obligatoire : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'adhésion au dit contrat dans la mesure où la demande est accompagnée d'un justificatif datant de moins de 3 mois.
- si le membre participant bénéficie du dispositif CMU-C : dans ce cas, la résiliation intervient à la fin du mois de la date d'entrée dans ce dispositif.
- en cas de décès d'un bénéficiaire, la radiation intervient à la fin du mois de la survenance du décès sous réserve de présentation du justificatif correspondant (acte de décès).

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

9.4. – Maintien du statut de membre honoraire

Tout membre participant ou bénéficiaire ayant résilié son adhésion en couverture santé territoriale peut conserver ou souscrire des garanties dépendant exclusivement de la durée de la vie humaine dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative, en tant que membre honoraire. Pour ce faire, il doit signer un bulletin d'affiliation et s'acquitter d'une contribution annuelle forfaitaire fixée à 5 € par adulte.

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I. OBJET DES GARANTIES ET RISQUES EXCLUS

ARTICLE 10 – Objet des garanties

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

Exceptions faites des garanties expressément énumérées ci-dessous, l'ensemble des garanties frais de santé du présent règlement s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables ». A ce titre, elles prennent notamment en charge le ticket modérateur d'au moins deux (2) prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006, paru au Journal Officiel du 18 juin 2006, fixe la liste.

Les garanties proposées par la Mutuelle intègrent depuis le 1^{er} juillet 2006 les 2 prestations de préventions suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus dans l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les actes médicaux ou de spécialités figurant à la Nomenclature des actes professionnels appliqués par la Sécurité Sociale, dans les conditions fixées au présent règlement, dont la prise en charge de la franchise pour les actes médicaux lourds supérieurs à 120 € sans limitation en nombre.

Dans le cadre d'une hospitalisation, la chambre particulière est remboursée forfaitairement selon l'option souscrite pour les séjours en clinique, et au tarif conventionnel pour ceux en hôpital ; la durée de prise en charge de ces frais est déterminée par l'option mais ne peut dépasser globalement 90 jours par an sauf avis contraire du Médecin Conseil (voir annexe 1).

A savoir :

- qu'en ce qui concerne les séjours en neuropsychiatrie, la durée des prises en charge est limitée à 40 jours par année civile.
- que pour les séjours en maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation), en maison de régime ou de désintoxication éthylique, il n'y a pas de participation aux frais de chambre particulière.
- et que dans le cas de chirurgie ambulatoire, les frais de chambre particulière sont remboursés forfaitairement à hauteur de 15 € par jour et ce dans la limite de 5 jours par année civile.

ARTICLE 11 : Risques exclus et plafonds légaux

11.1. – Risques exclus

Ne sont pas pris en charge, 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.

En l'absence de dispositions expressément mentionnées au niveau d'une garantie, l'ensemble des garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables » :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;

- la majoration du ticket modérateur applicable aux actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5-18° du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

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.

11.2. – Plafonds légaux

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

11.3. – Différend

Si la Mutuelle constate une erreur en défaveur d'un adhérent sur le montant ou la destination des prestations qui lui sont dues, le taux d'intérêt légal sera appliqué sur ces sommes à compter de la date d'origine de l'erreur ou de sa découverte et sur une période rétroactive et maximale de deux (2) ans.

11.4. – Secours exceptionnels

Un groupe d'entraide est créé sous la dénomination de "Fonds Social", qui permet l'attribution de secours exceptionnels. Ils peuvent être accordés par le Conseil d'Administration aux adhérents les plus défavorisés ou de condition modeste.

Ces secours ne pourront, sauf cas exceptionnel, être accordés qu'à la condition que le membre participant fasse partie de la Mutuelle depuis trente-six (36) mois au moins, consécutifs ou non durant les dix (10) dernières années, et qu'il soit à jour de ses cotisations.

Ils sont une faveur et non un droit et sont attribués, après étude du dossier, par une Commission de trois membres au moins désignés par le Conseil d'Administration qui lui délègue ses pouvoirs.

CHAPITRE II. LES PRESTATIONS

ARTICLE 12 - Tableau des prestations

La personne candidate à l'adhésion au présent règlement peut adhérer à l'une des formules de garanties suivantes :

- Formule « LAURIER15 TERRITORIAUX »
- Formule « BADIANE15 TERRITORIAUX »
- Formule « MUSCADE15 TERRITORIAUX »
- Formule « SAFRAN15 TERRITORIAUX »

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

ARTICLE 13. : Ouverture du droit aux prestations

13.1. – Condition

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

13.2. – Délai d'attente

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation.

Toutefois, pour bénéficier de certaines garanties, il y a lieu de respecter un délai d'attente de :

- 3 mois pour les frais de chambre particulière et pour les prestations supplémentaires lors d'un changement de couverture vers une formule supérieure (les remboursements sont effectués durant cette période de 3 mois sur les bases de la couverture antérieure),
- 6 mois pour les suppléments hors Ticket Modérateur des frais de prothèses et implants dentaires, inlay, onlay, orthodontie et parodontologie.

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

- pour les garanties précédemment couvertes si le membre participant vient en mutation d'une autre Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) mois (sur présentation d'un certificat de radiation).
- pour les garanties supplémentaires 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 le conjoint d'un membre adhérent, en cas de mariage ou de pacs, si son inscription est demandée dans les deux 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,
- pour les personnes qui arrivent de l'étranger ou les membres participants qui en reviennent, depuis moins de deux (2) mois, sous réserve de fournir un justificatif en français de leur appartenance à un régime de Sécurité Sociale et, éventuellement, d'une couverture complémentaire,
- pour les personnes anciennement bénéficiaires de la CMU, sous réserve d'une inscription immédiate à la sortie du dispositif CMU,

13.3. – Ayants droit

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

Les enfants de parents séparés peuvent, sur demande, être inscrits à la fois sur le contrat du père et sur celui de la mère. Si la couverture est différente, c'est l'option du parent cotisant pour eux qui est mentionnée sur les deux dossiers.

Toutefois, dans la mesure où la couverture « groupe » du parent cotisant pour les enfants n'a pas son égale pour les « particuliers territoriaux », il convient dans ce cas d'appliquer aux enfants l'option de chacun des parents. Les remboursements seront effectués à celui des deux qui réglera les frais de santé, sur la base de sa couverture personnelle.

Dans tous les cas, le parent qui se charge du paiement de la cotisation doit fournir à la mutuelle une attestation en ce sens.

13.4. – Prise en charge préalable

Le membre participant ayant fait choix d'un praticien et/ou d'un établissement de soins ayant une convention avec la mutuelle, doit solliciter de la Mutuelle, sauf en cas d'urgence, une "demande de prise en charge" qu'il fera préalablement compléter par le praticien et/ou l'établissement de soins.

ARTICLE 14 : Dispositions particulières d'attribution des prestations

A - MALADIE

La garantie maladie comporte la couverture des frais :

- de médecine générale et spéciale (consultations, visites et actes techniques médicaux)
- de soins et de prothèses dentaires, orthodontie, implants et parodontologie, d'imagerie, échographie et radiologie,
- de fournitures d'optique,
- de produits pharmaceutiques, de fournitures d'orthopédie et d'appareillage médicaux,
- d'analyses, de prélèvements et d'examens de laboratoire,
- d'auxiliaires médicaux (soins infirmiers, d'orthoptie, de kinésithérapie, d'orthophonie),
- de traitement en établissement de cure,
- du transport du malade,
- d'actes de prévention et vaccins

dans les conditions prévues dans le présent règlement, et sous réserve des dispositions suivantes :

14.A – Frais de transport

Après remboursement de la Sécurité Sociale, la Mutuelle règle le ticket modérateur des transports. Cependant, les dossiers d'un montant supérieur à 150 € sont soumis à l'accord du Médecin Conseil.

14.B – Optique (voir annexe 1)

La Mutuelle rembourse les frais d'optique au-delà du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale dans les règles, planchers 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.

Lunettes

Adultes

- Remboursement limité à 1 équipement complet tous les 2 ans par bénéficiaire sauf évolution de la vision ou dans le cas de déficits visuels nécessitant 2 équipements (vision de loin et vision de près) sur justification médicale.

Enfants de moins de 18 ans

- Remboursement par bénéficiaire d'1 équipement complet tous les 12 mois

Les délais d'une ou de deux années s'apprécient à compter de la date d'acquisition du 1^{er} équipement qu'il soit complet ou non.

Lentilles

Adultes ou Enfants

- la Mutuelle peut accorder un forfait annuel (TM inclus).

En ce qui concerne les lentilles refusées, la prise en charge ou le paiement des prestations ne pourront être effectués 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.

Dans le cas de Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser : la Mutuelle intervient dans le cadre d'un forfait annuel variable selon la formule de garantie.

14.C – Dentaire (voir annexe 1)

La mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis d'un chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

La participation sur tout ou partie des prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire est versée, après contrôle, sur présentation avant exécution des travaux, d'une attestation du chirurgien-dentiste. Cette attestation devra préciser la nature exacte des travaux à effectuer et le prix à facturer pour chaque élément.

14.D – Orthodontie (voir annexe 1)

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le paiement est calculé au prorata temporis sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

14.E – Orthopédie

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur des frais d'orthopédie acceptés par le Régime Obligatoire, à l'exception de :

- protections liées à l'incontinence des adultes : forfait annuel de 100 €,
- prothèses mammaires, capillaires ou oculaires : forfait annuel au-delà du TRSS de 150 €,
- chaussures orthopédiques adultes : dossier soumis à l'accord de notre Médecin Conseil,
- audioprothèses : au-delà du ticket modérateur, forfait de 100 € à 400 €, selon l'option, par équipement, dans la limite des frais engagés. (voir Annexe 1)
- achat d'un fauteuil roulant : une participation forfaitaire supplémentaire de 150 € est allouée, sur présentation de la facture acquittée.

Pour la petite orthopédie (ceintures de maintien, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, bandages), le taux de remboursement est de :

	Laurier15 territoriaux	Badiane15 territoriaux	Muscade15 territoriaux	Safran15 territoriaux
(sur la base du TRSS, Part Sécurité Sociale incluse)	100 %	150 %	200 %	250 %

14.F – Frais de cure thermale

La Mutuelle prend en charge :

- les cures effectuées à l'hôpital, celles-ci étant assimilées à des hospitalisations médicales,

- les cures avec hébergement en hôtel ou pension de famille → suivant la garantie, remboursement du forfait thermal incluant les frais de surveillance médicale, les frais d'hébergement et de transport, sous réserve d'une demande d'entente préalable auprès du R.O., et sur présentation des justificatifs, dans la limite des frais réels :

Laurier15 territoriaux	Badiane15 territoriaux	Muscade15 territoriaux	Safran15 territoriaux
0 €	160 €	200 €	250 €

14.G – Prévention mutualiste

La Mutuelle prend en charge sur présentation de la prescription médicale et de la facture :

- au titre des contrats responsables :
 - les vaccins diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B
- selon l'option :
 - les vaccins anti-grippe, choléra, méningite,
 - le test de dépistage du cancer du côlon, de l'hépatite B,
 - les traitements anti-tabac après épuisement de la prise en charge allouée par le régime obligatoire, montant variable selon couverture. (voir annexe 1). Dans le cas où le montant forfaitaire annuel dédié à cette prestation ne serait pas consommé au titre de l'année civile en cours, il pourra être attribué à un programme de coaching sportif à domicile selon convention de partenariat en vigueur. Ces prestations ne sont pas cumulables. (nous consulter)

14.H – Prothèses dentaires, orthodontie, inlay et onlay, implants dentaires, parodontologie (voir annexe 1)

La Mutuelle rembourse les prothèses dentaires, l'orthodontie, les inlay et onlay, les implants dentaires et la parodontologie selon l'option ou la convention ainsi que selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les implants (remboursés dans la limite de 2 par an) et la parodontologie (un forfait par an) ne sont pas cumulables entre eux.

Sont assimilées aux prothèses dentaires :

- les prothèses sur implants,
- les réparations de prothèses,
- les prothèses transitoires.

14.I – Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététicien-Nutritionniste, Podologie/Pédicurie, Psychomotricité, Acupuncture

Lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale, ces disciplines sont remboursées indifféremment, dans la limite de 2 à 6 séances cumulées par an et par bénéficiaire, selon l'option et par séance, comme suit, à hauteur de 40 €/ unité :

	Laurier15 territoriaux	Badiane15 territoriaux	Muscade15 territoriaux	Safran15 territoriaux
Nombre de séances par an/bénéficiaire	2	4	5	6

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

14.J – Forfait « + » "hors nomenclature"

Ce forfait annuel est alloué, après avis éventuel du Médecin Conseil, pour certains actes prescrits médicalement mais refusés par la Sécurité Sociale : analyses, acte d'imagerie (radios, scanner...), séances de naturopathie, sophrologie, réflexologie plantaire, chez un psychologue, méthode de kinésithérapie dite "MEZIERES" ou toute autre méthode de kinésithérapie considérée HN, vaccin contre la fièvre jaune, traitement médical anti-paludisme, préparations magistrales, produits et traitements pharmaceutiques « codifiés HN », densitométrie osseuse au-delà du tarif Sécurité Sociale ou si cet acte n'est pas pris en charge par le régime obligatoire. Ce forfait est également attribué pour les majorations des consultations injustifiées à domicile uniquement en options Safran et Muscade.

	Laurier15 territoriaux	Badiane15 territoriaux	Muscade1 5 territoriaux	Safran15 territoriaux
Montant du forfait	50 €	70 €	90 €	120 €
Dont Naturopathie, Sophrologie, Réflexologie plantaire, Psychologue (par séance)	20 €	30 €	30 €	35 €

14.K – Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI)

Etabli par un médecin du sport et après accord du Médecin Conseil, la consultation liée à la délivrance de ce document est prise en charge à hauteur de 30 € par an, dans la limite de 4 consultations pour une même famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants).

B - CHIRURGIE

Lorsqu'une intervention chirurgicale est prise en charge, la Mutuelle rembourse les soins énoncés ci-dessous :

14.L – Frais précédant l'intervention

- 1°) les examens radiographiques ou radioscopiques quel que soit leur coefficient, effectués en vue d'une intervention chirurgicale, et effectivement suivis d'opération dans le délai de trois mois.
- 2°) les analyses, les examens de laboratoire, les examens anatomo-pathologiques (y compris les prélèvements) strictement nécessaires à une intervention chirurgicale et effectivement pratiqués dans les trois mois précédant l'intervention.
- 3°) les examens endoscopiques pratiqués dans les trois mois précédant l'intervention.
- 4°) l'hospitalisation pré-opératoire éventuellement nécessaire à la préparation du malade à l'intervention, avec un maximum de cinq jours.
Toutefois, dans les cas prévus aux 2°, 3° et 4° ci-dessus, la Mutuelle prendra en charge, après consultation de son Médecin Conseil, les examens divers pratiqués dans des délais supérieurs, ainsi qu'une hospitalisation pré-opératoire plus longue que prévue.
- 5°) la consultation précédant immédiatement l'intervention, dans les conditions retenues par la Sécurité Sociale.

14.M – Frais de l'intervention

- 1°) a) les honoraires du chirurgien et éventuellement de l'équipe chirurgicale, de l'anesthésiste, du médecin traitant assistant effectivement à l'intervention. Le niveau de remboursement de la mutuelle peut varier selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO (cf. annexe 1).
b) chirurgie ambulatoire : Le niveau de remboursement de la mutuelle peut varier selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO (cf. annexe 1).

2°) les frais d'hospitalisation qui comprennent :

- a) les frais de salle d'opération,
- b) les frais de séjour du malade et, le cas échéant, les frais d'accompagnant (comprenant exclusivement les repas et le lit d'accompagnant) selon la couverture de 20 € à 30 € par jour : (voir Annexe 1)
 - 1- sans limite pour un enfant de moins de 15 ans, ainsi que pour un adulte handicapé titulaire d'une carte officielle,
 - 2- sans limite pour un adulte de plus de 70 ans, si le montant de l'intervention subie est égal ou supérieur à 210 €,
 - 3- dans la limite de 15 jours pour un adulte si le montant de l'intervention subie est égal ou supérieur à 250 €.Au-delà de 15 jours consécutifs, le remboursement des frais d'accompagnant sera soumis à l'accord de notre Médecin Conseil.
- c) les transfusions et les perfusions sanguines (acte chirurgical et fourniture de sang) pratiquées pendant la durée de l'hospitalisation,
- d) les analyses, examens de laboratoire, examens radiographiques ou radioscopiques, les examens endoscopiques pratiqués pendant la durée du séjour en clinique,
- e) la pharmacie, strictement nécessaire à l'intervention et suivant la liste publiée par la Sécurité Sociale,
- f) le matériel de prothèse interne, ainsi que les prothèses externes sur avis du Médecin Conseil,
- g) les appareils plâtrés et les fournitures pour leur confection (plâtre, bandes plâtrées, etc.).

14.N – Frais postérieurs à l'intervention

- 1°) les examens, radios de contrôle, pansements et piqûres, pendant un délai de deux mois après la sortie de clinique.
Au-delà de ce délai, l'avis du Médecin Conseil et l'accord de la Mutuelle sont nécessaires.
- 2°) les séances de rééducation motrice et les massages prescrits par le chirurgien et exécutés dans les douze (12) mois qui suivent une intervention chirurgicale se rapportant aux réductions de fractures, aux luxations, à la chirurgie des os, ou un séjour alité prolongé, consécutif à une intervention chirurgicale.
- 3°) la Mutuelle prend également en charge les séances de rééducation et de massage relatives aux phlébites post-opératoires et à leur prévention, mais à la condition que ces actes soient pratiqués dans le mois suivant l'intervention.

Les soins doivent être donnés par un docteur en médecine ou un auxiliaire médical qualifié, et l'accord du Médecin Conseil de la Mutuelle est indispensable.

Sont également pris en charge :

- maisons de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) : séjours en chambre commune avec remboursement du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur sans limite.
Toutefois, la 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 intervention chirurgicale, orthopédique ou post-traumatique pourra être soumise à l'avis du Médecin Conseil. Si celui-ci émet un accord, la prise en charge de la mutuelle interviendra dans les limites de l'option souscrite.
- cures thermales après opération (prescription par le chirurgien dans les 12 mois),
- dans le cadre d'une ALD (Affection de Longue Durée), et sur prescription médicale du chirurgien ayant pratiqué l'intervention : participation forfaitaire de 100 € pour la dermopigmentation de l'aréole mamelonnaire réalisée par une esthéticienne titulaire d'un certificat de capacité socio-esthétique.

- frais de transport de corps sur la base d'une distance n'excédant pas 150 km entre l'hôpital et le domicile de l'adhérent décédé ou une maison funéraire.

14.O – Prolongation de séjour

En cas de complications nécessitant une prolongation du séjour, la demande de prise en charge des frais supplémentaires afférents sera soumise à l'avis du Médecin Conseil de la Mutuelle.

C - HOSPITALISATION MEDICALE

En cas d'hospitalisation sans intervention chirurgicale, la Mutuelle prend en charge les frais d'honoraires, de soins et de séjour du malade dans les établissements de soins publics, ainsi que dans les établissements de soins privés, agréés et autorisés dans le cadre des dispositions des décrets n° 26-1834 du 20 août 1946 et n° 56-284 du 9 mars 1956 et de leurs annexes sous la dénomination de :

- Cliniques médicales,
- Sanatoriums privés pour tuberculose pulmonaire,
- Etablissements de soins privés affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire,
- Préventoriums privés,
- Etablissements d'hospitalisation en chirurgie,
- Maisons de santé obstétrico-chirurgicales,
- Maisons de santé aménagées en vue de la pratique obstétricale et de la chirurgie de l'accouchement,
- Maisons d'accouchement sans possibilité chirurgicale,
- Etablissement des nouveau-nés prématurés,
- Aériums et maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé.

La Mutuelle prend en charge les hospitalisations médicales pour traitement par laser, par lithotriporteur, comme s'il s'agissait d'hospitalisation chirurgicale pure.

Elle intervient également en cas de :

- fécondation in vitro : il peut être alloué un forfait annuel variable selon l'option, s'il y a dépassement de la prise en charge Sécurité Sociale, dans la limite de la dépense réelle (voir annexe 1).
- maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) : séjour en chambre commune.
- maisons de régime ou de désintoxication éthylique, si le séjour est accordé par la Sécurité Sociale : séjour en chambre commune.
- frais d'accompagnant (comprenant exclusivement les repas et le lit d'accompagnant) : selon la couverture ces frais sont pris en charge de 20 € à 30 € par jour (cf. annexe 1) sans limite pour un enfant de moins de 15 ans, ainsi que pour un adulte handicapé titulaire d'une carte officielle.
Au-delà de 15 jours consécutifs, le remboursement des frais d'accompagnant sera soumis à l'accord de notre Médecin Conseil.
- honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste pour accouchement : le niveau des remboursements de la Mutuelle du Rempart varie selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO (voir annexe 1)
- frais de transport de corps sur la base d'une distance n'excédant pas 150 km entre l'hôpital et le domicile de l'adhérent décédé ou une maison funéraire.

14.Q– En l'absence de clause particulière

Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnel, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.

Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.

Dans le cadre d'un remboursement à 100 % par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

- si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100 % de la base de remboursement conventionnel
- si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

Toutes les prestations non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie mais remboursées entièrement ou partiellement par la mutuelle, doivent faire l'objet d'une prescription nominative et d'une facture originale, détaillée et acquittée.

De même, pour tous remboursements concernant des prestations relatives à l'hospitalisation, l'optique, le dentaire, l'orthopédie et l'acoustique : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.

ARTICLE 15 : Base et règles de remboursement

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement.

Sauf autres dispositions indiquées aux tableaux des garanties, le paiement des prestations est conditionné à l'intervention du régime obligatoire de l'assurance maladie. En cas de modification de la législation relative aux remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie ou de diminution de ces remboursements, les montants des prestations de la mutuelle demeurent au niveau défini aux tableaux des garanties avant la modification, sauf décision contraire des instances de la mutuelle.

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, dans un délai de 2 ans conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, sur présentation des documents originaux (décomptes du Régime Obligatoire, factures et notes d'honoraires acquittées...) justifiant du montant des dépenses engagées.

La Société 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 leur famille ont droit, dans la limite des options adoptées, aux prestations complémentaires en fonction du pourcentage du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 16 : Versement des prestations

Les prestations sont payées exclusivement par virement.

Le montant des prestations versées donne lieu, le cas échéant, à un relevé papier de périodicité régulière ou, à la demande du membre participant à un relevé transmis par courriel (email).

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 17 - Cotisations

17.1. – Détermination de la cotisation

La cotisation est annuelle. Elle est fixée par tranche d'âge selon l'âge et la formule choisie par le membre participant et figure en annexe II du présent règlement mutualiste.

Elle est déterminée, chaque année par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

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

Le calcul de la cotisation tient compte du nombre et de la qualité des ayants-droit inscrits par le membre participant.

La cotisation du membre participant est calculée en additionnant sa cotisation avec celle de ses éventuels ayants-droit.

Au-delà du premier enfant ayant-droit, les cotisations de l'offre Santé des autres enfants ayants-droit sont gratuites.

La cotisation du conjoint ayant-droit bénéficie d'un abattement de 10 % par rapport à celle du membre participant.

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.

17.2. – Participation des employeurs publics

Lorsque le membre participant bénéficie d'une participation de son employeur au financement de sa protection sociale complémentaire, au titre des dispositions du 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 ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

Cette majoration est calculée selon les dispositions de l'Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

17.3. – Paiement des cotisations

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

La cotisation est due pour l'année civile.

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

Pour tout prélèvement impayé, des frais de banque seront retenus sur le prochain prélèvement. Depuis 2005, ces frais s'élèvent à 7.62 €.

Pour tout chèque impayé, des frais de banque viendront s'ajouter à la cotisation. Ces frais sont variables selon les organismes bancaires et les motifs de rejet.

17.4. – Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations, il est fait application des procédures visées à l'article « RESILIATION ».

TITRE V – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 18 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

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

ARTICLE 19 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux 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 couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

ARTICLE 20 : Informatique et libertés

Les informations concernant le membre participant ou, le cas échéant, les ayants droit sont destinées à la Mutuelle du Rempart et lui sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi des adhésions, des cotisations et des prestations.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à :

**Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Correspondant Informatique et Libertés)
4/6 boulevard de Strasbourg, B.P. 7161, 31072 Toulouse Cedex 7**

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.111-7 du Code de la Santé Publique.

ARTICLE 21 : Modification du présent règlement

Le présent règlement peut être modifié par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

Conformément à l'article 34 des statuts de la mutuelle, les décisions prises à ce titre sont opposables aux membres dès qu'ils en ont connaissance. Elles doivent être ratifiées par l'Assemblée générale la plus proche.

ARTICLE 22 : Adhésion à distance

22.1. – Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance

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

22.2. – Loi applicable

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

22.3. – Langue utilisée

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

Article 23 : Réclamations

Pour toute réclamation ou litige, le membre participant doit formuler sa demande :

- soit par écrit à :

***Mutuelle du Rempart – Service Réclamations
4/6 boulevard de Strasbourg, B.P. 7161, 31072 Toulouse Cedex 7***

- soit par téléphone au 05.62.15.07.31.

Article 24 : Autorité de Contrôle

Selon l'article L 510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle du Rempart est soumise au contrôle de l'Etat, exercé dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest -75436 PARIS Cedex 09.

Garanties "FRAIS DE SANTÉ" 2019 : AGENTS TERRITORIAUX

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, telles qu'issues de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 (diphthérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2018.

	Laurier LTER15	Badiane BTER15	Muscade MTER15	Safran STER15	
HOSPITALISATION	Examens préalables – Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
	Honoraires de praticiens qui adhèrent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	150%	160%	180%	200%
	Honoraires de praticiens qui n'adhèrent pas à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	120%	130%	140%	150%
	Forfait hospitalier : en MCO, SSR, Psychiatrie, sauf Établissements médico-sociaux (MAS et EHPAD)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Franchise sur les actes lourds > 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
	Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽²⁾ - Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés - En chirurgie ambulatoire (limité à 5 jours par an)	45 €/jour 15 €/jour	47 €/jour 15 €/jour	50 €/jour 15 €/jour	55 €/jour 15 €/jour
	Frais d'accompagnement (lit et repas) montant forfaitaire : sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, (nous consulter) ⁽¹⁾	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
	Cure thermale en milieu hospitalier	100%	100%	100%	100%
	Transport remboursé S.S.	100%	100%	100%	100%
	Frais d'accouchement	100%	100%	100%	100%
	Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.)	100%	100%	100%	100%
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) ⁽¹⁾	TM	80 €	160 €	230 €	
FRAIS MEDICAUX	Pharmacie (médicaments SMR majeur ou important : R.O. 65 %)	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie (médicaments SMR modéré : R.O. 30 %)	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie (médicaments SMR faible : R.O. 15 %)	NON	100%	100%	100%
	Homéopathie	100%	100%	100%	100%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins qui adhèrent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	120%	150%	160%	200%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins qui n'adhèrent pas à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100%	120%	130%	140%
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100%	100%	100%	100%
	Piqûres - Soins infirmiers et analyses de laboratoire	100%	100%	100%	100%
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%	100%	100%	100%
	Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste ...)	100%	100%	100%	100%
	Orthopédie	100%	100%	100%	100%
Audioprothèse (par appareil)	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €	
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles ...)	100%	150%	200%	250%	
Forfaits divers Orthopédie (nous consulter)	OUI	OUI	OUI	OUI	
OPTIQUE	Ophthalmologie - Orthoptie	100%	100%	100%	100%
	Lunettes ⁽³⁾ :				
	- Montures	50 €	70 €	100 €	150 €
	- Verres simples	50 € x 2	70 € x 2	90 € x 2	110 € x 2
	- Verres complexes	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2
	- Verres très complexes	125 € x 2	150 € x 2	190 € x 2	250 € x 2
	Lentilles forfait annuel (nous consulter) :				
- Lentilles acceptées par la S.S.	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2	
Ou - Lentilles refusées par la S.S.	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2	
Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive ⁽¹⁾	NON	200 €/œil	250 €/œil	300 €/œil	
DENTAIRE	Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
	Prothèses remboursées par la S.S.	175%	250%	300%	350%
	Prothèses non remboursées par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	NON	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
	Inlays - Onlays	150%	150%	200%	200%
	Orthodontie acceptée par la S.S.	150%	225%	275%	325%
	Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	NON	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
	Implantologie (jusqu'à 2 par an) non cumulable avec parodontologie	120 €/unité	200 €/unité	300 €/unité	350 €/unité
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)	240 €/an	400 €/an	600 €/an	700 €/an	
PREVENTION ⁽⁴⁾	Traitement antitabac (sur prescription médicale - nous consulter)	100 €	150 €	150 €	200 €
	Forfait "plus" pour actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (nous consulter)	50 €	70 €	90 €	120 €
	Vaccins antigrippe, contre la méningite et le choléra	100%	100%	100%	100%
	Test de dépistage du cancer du côlon	100%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS ⁽⁴⁾	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève) OU Consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)	2 séances/an 40 € par séance	4 séances/an 40 € par séance	5 séances/an 40 € par séance	6 séances/an 40 € par séance
	Cure thermale hors hôpital (nous consulter)	NON	160 €	200 €	250 €
	REMPART ASSISTANCE et SERVICES DÉDIÉS PREVENTION	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Prestation sans tiers payant (2) Tarif conventionnel en hôpital

(3) Pour les adultes (+ de 18 ans), remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) par période de deux ans, 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, un équipement complet tous les 12 mois. Les délais d'une ou deux années s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier équipement complet ou non.

OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Annexe II – Tableau des cotisations

Cotisations mensuelles, y compris la TSA rénovée

TABLEAU DES COTISATIONS 2019

Offres Fonctionnaires Territoriaux

Age du Membre participant	LAURIER15		BADIANE15		MUSCADE15		SAFRAN15	
	Membre participant	Conjoint	Membre participant	Conjoint	Membre participant	Conjoint	Membre participant	Conjoint
21	27,72 €	24,94 €	37,44 €	33,70 €	40,90 €	36,81 €	45,18 €	40,66 €
22	27,72 €	24,94 €	37,44 €	33,70 €	40,90 €	36,81 €	45,18 €	40,66 €
23	27,91 €	25,10 €	37,68 €	33,94 €	41,38 €	37,22 €	45,60 €	41,05 €
24	28,10 €	25,30 €	37,85 €	34,07 €	42,43 €	38,21 €	46,57 €	41,91 €
25	28,32 €	25,49 €	38,05 €	34,23 €	43,19 €	38,85 €	47,29 €	42,57 €
26	28,59 €	25,71 €	38,24 €	34,43 €	44,18 €	39,77 €	48,09 €	43,27 €
27	28,86 €	25,97 €	38,50 €	34,65 €	44,83 €	40,35 €	48,93 €	44,05 €
28	29,13 €	26,22 €	38,82 €	34,92 €	45,44 €	40,90 €	50,25 €	45,22 €
29	29,54 €	26,58 €	39,06 €	35,17 €	46,28 €	41,65 €	51,48 €	46,34 €
30	29,95 €	26,96 €	39,43 €	35,48 €	46,61 €	41,96 €	52,98 €	47,69 €
31	30,37 €	27,33 €	39,83 €	35,84 €	47,51 €	42,76 €	55,80 €	50,21 €
32	30,75 €	27,67 €	40,32 €	36,30 €	48,15 €	43,34 €	57,05 €	51,36 €
33	31,44 €	28,32 €	41,43 €	37,29 €	49,31 €	44,39 €	58,38 €	52,55 €
34	32,24 €	29,03 €	42,73 €	38,46 €	50,70 €	45,64 €	59,80 €	53,81 €
35	33,05 €	29,76 €	44,05 €	39,64 €	51,99 €	46,78 €	61,02 €	54,91 €
36	33,88 €	30,48 €	45,56 €	40,99 €	53,55 €	48,20 €	62,28 €	56,05 €
37	34,82 €	31,34 €	46,85 €	42,15 €	55,26 €	49,75 €	63,23 €	56,90 €
38	35,77 €	32,19 €	47,78 €	42,99 €	56,92 €	51,23 €	64,16 €	57,73 €
39	36,59 €	32,93 €	49,00 €	44,08 €	58,33 €	52,51 €	65,36 €	58,82 €
40	37,59 €	33,85 €	50,36 €	45,32 €	60,11 €	54,10 €	67,06 €	60,35 €
41	38,69 €	34,82 €	51,93 €	46,75 €	61,97 €	55,79 €	69,24 €	62,32 €
42	39,85 €	35,85 €	53,53 €	48,17 €	63,96 €	57,58 €	71,68 €	64,52 €
43	41,00 €	36,90 €	55,17 €	49,65 €	66,07 €	59,47 €	73,93 €	66,52 €
44	42,23 €	38,00 €	56,68 €	51,02 €	68,57 €	61,72 €	76,19 €	68,56 €
45	43,37 €	39,03 €	58,20 €	52,38 €	70,22 €	63,18 €	78,10 €	70,28 €
46	44,39 €	39,95 €	59,56 €	53,61 €	71,72 €	64,54 €	82,02 €	73,82 €
47	45,42 €	40,87 €	61,19 €	55,07 €	73,50 €	66,16 €	84,23 €	75,81 €
48	46,50 €	41,84 €	62,43 €	56,20 €	75,18 €	67,66 €	86,52 €	77,86 €
49	47,57 €	42,82 €	63,92 €	57,54 €	77,22 €	69,48 €	88,82 €	79,95 €
50	48,51 €	43,68 €	65,53 €	58,97 €	78,75 €	70,87 €	91,35 €	82,22 €
51	49,88 €	44,89 €	67,97 €	61,18 €	81,32 €	73,17 €	94,32 €	84,88 €
52	51,29 €	46,15 €	70,54 €	63,50 €	84,20 €	75,79 €	97,56 €	87,82 €
53	52,86 €	47,57 €	72,56 €	65,30 €	86,76 €	78,08 €	100,88 €	90,77 €
54	54,43 €	48,99 €	74,72 €	67,26 €	89,96 €	80,97 €	103,74 €	93,36 €
55	55,71 €	50,13 €	76,91 €	69,23 €	92,82 €	83,56 €	106,76 €	96,09 €
56	56,94 €	51,23 €	79,19 €	71,27 €	95,51 €	85,95 €	109,94 €	98,94 €
57	58,49 €	52,65 €	81,50 €	73,34 €	98,33 €	88,51 €	113,62 €	102,26 €
58	60,17 €	54,15 €	83,56 €	75,20 €	100,72 €	90,66 €	116,37 €	104,73 €
59	61,99 €	55,81 €	85,04 €	76,56 €	103,18 €	92,87 €	119,72 €	107,74 €
60	63,85 €	57,46 €	87,00 €	78,31 €	105,26 €	94,74 €	123,29 €	110,96 €
61	65,88 €	59,29 €	88,93 €	80,04 €	107,58 €	96,83 €	126,65 €	113,97 €
62	68,13 €	61,31 €	90,70 €	81,61 €	109,97 €	98,99 €	129,73 €	116,75 €
63	70,23 €	63,22 €	93,10 €	83,79 €	111,99 €	100,79 €	133,18 €	119,88 €
64	72,11 €	64,90 €	95,83 €	86,22 €	115,06 €	103,55 €	136,88 €	123,19 €
65	73,86 €	66,49 €	98,60 €	88,75 €	117,13 €	105,43 €	139,62 €	125,66 €
66	76,16 €	68,54 €	101,59 €	91,42 €	119,76 €	107,80 €	142,27 €	128,04 €
67	77,73 €	69,96 €	103,90 €	93,52 €	123,06 €	110,76 €	144,87 €	130,37 €
68	79,73 €	71,76 €	105,94 €	95,34 €	126,13 €	113,52 €	147,83 €	133,07 €
69	81,71 €	73,53 €	108,47 €	97,63 €	128,89 €	116,00 €	150,51 €	135,46 €
70	83,40 €	75,06 €	110,52 €	99,46 €	132,02 €	118,82 €	153,20 €	137,89 €
71 et +	86,13 €	77,52 €	113,88 €	102,49 €	135,24 €	121,73 €	156,19 €	140,56 €
Enfants	27,58 €		34,14 €		39,63 €		44,64 €	