



REGLEMENT MUTUALISTE CYBELE SOLIDARITE

GAMME « HOSPIAT 2-3-4 »

CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n°443 885 355, dont le siège social est situé Domaine des Tourelles, 1 Avenue Winston Churchill, 33700 MERIGNAC (ci-après désignée « la mutuelle »), CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle substituée par la MUTUELLE du REMPART, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro Siren n°776 950 537 dont le siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 – 31072 TOULOUSE cedex 6.

Dans le cadre d'une convention de substitution, la MUTUELLE du REMPART se substitue intégralement à LA MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE, en application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants de LA SUBSTITUÉE et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20 tels qu'ils sont définis dans le règlement des garanties.

La MUTUELLE du REMPART donne à LA MUTUELLE sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité. Si l'agrément accordé à la MUTUELLE du REMPART lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Dans le cadre d'une convention de délégation de gestion conclue entre la Mutuelle Cybèle Solidarité et la Mutuelle du REMPART, la Mutuelle du REMPART assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le présent règlement.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

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

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 5 des statuts de la mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existants entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques en ce qui concerne les prestations et les cotisations Frais de Santé.

ARTICLE 2 : BENEFICIAIRES

2.1. - Les membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Gamme « HOSPIAT 2-3-4 » 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.

L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées au chapitre I du Titre II du présent règlement mutualiste. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.

Le membre honoraire peut acquérir à nouveau la qualité de membre participant en adhérant à une garantie individuelle selon les modalités et conditions fixées par le présent règlement.

2.2. - Les ayants droit

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

- le conjoint, soit :
 - l'époux (se) du membre participant, non séparé(e) de corps judiciairement ;
 - le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - le(la) concubin(e) : personne vivant sous le même toit que le membre participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS entretenant une relation stable et continue avec celui-ci ;
- les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, remplissant une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans ;
 - être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;
 - être âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ;

- être âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, ou d'accompagnement dans l'emploi, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi et avoir une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime Frais de santé au titre de leur activité salariée ;
- être, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familiales et ce sans limite d'âge ;
- les descendants au 2^{ème} degré (petits-enfants) du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, vivant sous le toit du membre participant, remplissant l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans ;
 - être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;

2.3. - Bénéficiaires

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

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

CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS

ARTICLE 3 : ADHESION

3.1. - Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature du Bulletin d'Adhésion, un devis, les statuts de la mutuelle, le présent règlement ainsi que la notice d'information liée aux garanties d'Assistance et de protection juridique. Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature du devis joint en annexe complète et signe le Bulletin d'Adhésion.

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

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

3.2. - Date d'effet de l'adhésion

Suite à la réception du Bulletin d'Adhésion, la mutuelle envoie au membre participant sa carte d'adhérent ainsi qu'un échéancier des cotisations ; l'ensemble valant Certificat d'Adhésion.

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement :

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé
- le devis signé
- le règlement des 3 premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique
- l'IBAN (relevé d'identité bancaire (RIB)) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation
- le mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- l'IBAN des bénéficiaires des prestations âgés de plus de 16 ans
- la copie de l'attestation de la carte vitale pour la totalité des bénéficiaires inscrits
- un certificat de radiation du précédent organisme assureur.

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

ARTICLE 4. : CONDITIONS D'ADHESION

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 d'État,
- la Fonction publique hospitalière,
- la Fonction publique territoriale,
- les titulaires d'un mandat électif territorial.

4.2 – Condition d'âge à l'adhésion

Les mineurs de plus de seize ans peuvent devenir, à leur demande, membre participant sans intervention de leur représentant légal.

Tout ayant droit affilié préalablement, par le biais de son représentant légal, à l'une des garanties de complémentaire santé des Gammes Cybéla Santé ou Obadia Santé peut être inscrit, seul, à l'une des garanties de la Gamme « Hospiat 2-3-4 » sous réserve que son adhésion soit effectuée par son représentant légal et ce, quel que soit son âge. Ainsi, si le seul bénéficiaire ayant besoin d'une surcomplémentaire de la Gamme « Hospiat 2-3-4 » est un ayant droit mineur, il pourra être seul inscrit à l'une des garanties de la Gamme « Hospiat 2-3-4 ».

4.3. – Condition liée à la garantie

Peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants adhérents à une garantie des Gammes Cybéla Santé (à l'exclusion des garanties « Minoria » et « Minoria Territoriale ») et Obadia Santé de la mutuelle.

4.4. – Territorialité

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

ARTICLE 5. : RENONCIATION

Le membre participant peut renoncer à son adhésion au présent règlement pendant 14 jours calendaires révolus 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.

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

Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité

81 Boulevard Carnot

CS 76945

31069 TOULOUSE CEDEX

, 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 dont un modèle est proposé ci-après, sous déduction des prestations éventuellement versées.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste Gamme « HOSPIAT 2-3-4 » pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le (préciser la date) :

et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle.

Date et Signature »

ARTICLE 6. : CHANGEMENT DE FORMULE

Les changements de formules, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, 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 pour CYBELE Solidarité

81 Boulevard Carnot

CS 76945

31069 TOULOUSE CEDEX

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

- changement de formule à la hausse dans le cadre d'opérations promotionnelles ponctuelles proposées par la mutuelle CYBELE SOLIDARITE : 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.

- dès lors que 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), le changement de formule prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la demande écrite du membre participant.

Toute demande de changement de formule ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 12 mois minimum dans la formule en cours.

Par exception, dès lors que la demande de mutation est justifiée par une modification de la situation familiale prévue à l'alinéa précédent, ce délai de maintien pourra être réduit au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.

ARTICLE 7. : REGLES 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 l'attestation d'appartenance. 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 correctement et complètement rempli et signé par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant à trois mois d'assurance lorsque le membre participant n'a pas opté pour le prélèvement automatique.

- En cas de naissance ou d'adoption : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans les 3 mois suivant la survenance de l'événement. Après expiration de ce délai, la date d'effet sera alors le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.
- En cas de mariage, PACS ou concubinage : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.
- S'agissant des autres ayants droit : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

7.2. - Changements de garanties internes des ayants droit

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

CHAPITRE II. DEMISSION – RESILIATION – EXCLUSION - RADIATION

ARTICLE 8. : DEMISSION

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, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, à l'adresse suivante :

**Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité
81 Boulevard Carnot
CS 76945
31069 TOULOUSE CEDEX**

La résiliation prend effet au 31 décembre de l'année en cours, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.

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

ARTICLE 9. : RESILIATION

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 garantie ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, 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 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 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

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.

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

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

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 « BENEFICIAIRES » du présent règlement mutualiste.
- si le membre participant bénéficie d'un contrat collectif obligatoire : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'adhésion audit contrat sous réserve que la demande soit formulée dans les trois mois suivant l'adhésion et accompagnée d'un justificatif.
- si le membre participant bénéficie du dispositif CMU-C ou ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé) : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'effet de l'entrée à ce dispositif, sur présentation d'une copie de l'attestation de CMU-C ou de l'attestation de droits ACS dans les 3 mois suivant l'entrée à l'un de ces dispositifs.
- en cas de décès d'un bénéficiaire, la radiation intervient à la date de survenance du décès sous réserve de justification par l'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.

ARTICLE 10. : EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles et unions du livre II du Code de la mutualité, peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration de la mutuelle pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 11. : CONSEQUENCES DE LA DEMISSION, RESILIATION, EXCLUSION

11.1. Démission, résiliation, exclusion de l'une des garanties de la Gamme « HOSPIAT 2-3-4 »

La démission, la résiliation et l'exclusion entraîneront la radiation du membre participant et de ses ayants droit inscrits dans l'une des garanties de la Gamme « HOSPIAT 2-3-4 ».

La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues au présent règlement mutualiste.

La résiliation met un terme à l'ensemble des prestations de la garantie.

Conformément à l'article « OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS », seuls 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.

11.2. Démission, résiliation, exclusion de l'une des garanties des Gammes Cybéla Santé (hors Minoria et Minoria Territoriale) et Obadia Santé.

La démission, la résiliation et l'exclusion de l'une des garanties des Gammes Cybéla Santé (hors Minoria et Minoria Territoriale) et Obadia Santé, entraîneront la radiation automatique du membre participant et de ses ayants droit inscrits dans l'une des garanties de la Gamme « HOSPIAT 2-3-4 ».

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I – DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties surcomplémentaires frais de santé de la Gamme « Hospiat 2-3-4 » ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit éventuellement inscrits, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations, **après que les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (Sécurité sociale) et de l'Assurance Maladie Complémentaire de 1^{er} niveau (Régime complémentaire) ont été effectués.**

ARTICLE 12. : DEFINITION DES GARANTIES

La gamme « HOSPIAT 2-3-4 » est constituée de 3 garanties surcomplémentaires.

Le membre participant souscrit une garantie parmi les garanties énoncées ci-dessous :

- « Hospiat 2 »,
- « Hospiat 3 »,
- « Hospiat 4 ».

Les garanties de la Gamme « HOSPIAT 2-3-4 » ne peuvent être souscrites par un membre participant adhérent à une garantie « Minoria » ou « Minoria Territoriale » des gammes Cybéla Santé.

Un membre participant ne peut souscrire qu'une seule garantie surcomplémentaire « Hospiat 2 », « Hospiat 3 » ou « Hospiat 4 » à la fois : le cumul des garanties n'est pas possible.

ARTICLE 13. : TABLEAU DES GARANTIES

La nature des prestations fournies aux bénéficiaires de la mutuelle comporte les rubriques ci-dessous au titre des prestations relevant des branches 1 et 2 relatives aux frais de santé.

- **Optique**
 - Optiques sur verres et monture ou chirurgie oculaire au laser
 - Lentilles
- **Dentaire**
 - Prothèse ou implant dentaire ou inlay
 - Orthodontie
- **Médecine**
 - Médecin généraliste
 - Médecin spécialiste
 - Ostéopathie
- **Prévention**
 - Ostéodensitométrie osseuse
- **Autres prestations**
 - Prothèses diverses
 - Automédication et produits pharmaceutiques non remboursables

Une grille des prestations couvertes est annexée au présent règlement mutualiste. En cas de contradiction entre la grille de prestations qui serait adressée séparément au membre participant et le présent règlement mutualiste, les dispositions de ce dernier prévaudront.

ARTICLE 14. : CARACTERE NON RESPONSABLE DES GARANTIES

Les garanties Hospiat 2-3-4 du présent règlement ne s'appliquent pas dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables ».

CHAPITRE II – LES PRESTATIONS

ARTICLE 15. : PERIODE D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

15-1. Le droit aux prestations est ouvert pour l'ensemble des garanties 3 mois après la date d'effet de l'adhésion.

15-2. Le droit aux prestations prend fin conformément aux dispositions du chapitre II du Titre III du présent règlement mutualiste.

15-3. Aucune prestation de la garantie ne peut être servie pendant les périodes de suspension visées à l'article « Résiliation pour non paiement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

15-4. Pour bénéficier des prestations servies par la Mutuelle, les membres participants et bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

15-5. La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte du régime d'Assurance Maladie complémentaire de 1^{er} niveau.

15-6. Les ayants droit inscrits postérieurement au membre participant se voient appliquer pour eux-mêmes les règles énoncées au présent article « PERIODE D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS », étant précisé que la date d'effet de l'adhésion correspond dans leur cas à la date d'effet de l'ajout visée à l'article « Adhésion des ayants droit » du présent règlement.

15-7. En dentaire, la mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

ARTICLE 16. : EXCLUSIONS - LIMITATIONS

16-1. 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 toutes natures 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 sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant ou ses ayants droit peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, pour toutes les garanties faisant l'objet du présent règlement mutualiste, les prestations ne peuvent être versées que dans la limite des frais réellement engagés.

16-2. Exclusions des garanties

Sont exclus et ne donnent droit à aucun remboursement :

- Les frais occasionnés par un accident ou une maladie non prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, sauf stipulation particulière de la garantie.
- Les frais liés au ticket modérateur.
- Les frais de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci.
- S'agissant des lentilles, les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires.

16-3. Modalités de remboursement des prestations

Base de remboursement – Non prise en charge du ticket modérateur

Les prestations ne donnent pas lieu au remboursement du ticket modérateur (le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie et dans la limite de la base de remboursement de la sécurité sociale).

Les prestations sont exprimées en euros.

Sauf autres dispositions indiquées au tableau des garanties, le paiement des prestations est conditionné au remboursement préalable de votre garantie de complémentaire santé de 1^{er} niveau de la Gamme Cybéla Santé ou Obadia Santé.

16-4. Demande de remboursement de prestations

S'agissant d'une garantie surcomplémentaire, le remboursement des frais de santé ne peut avoir lieu par télétransmission. Le membre participant ne reçoit donc pas de carte de tiers payant.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant sur **présentation des relevés de prestations originaux de votre Mutuelle reçus au titre des remboursements de la garantie de la gamme Cybéla Santé ou Obadia Santé**. En cas de prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la production de l'original de la facture nominative détaillée et acquittée sera nécessaire pour que le remboursement de vos frais de santé intervienne au titre des garanties HOSPIAT 2-3-4.

La Mutuelle Cybèle Solidarité se réserve le droit de solliciter tout autre justificatif nécessaire au remboursements des frais de santé.

ARTICLE 17. : DISPOSITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

- Sauf stipulation contraire de la garantie, les forfaits sont annuels et par bénéficiaires. Ils 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 de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le paiement est proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

ARTICLE 18. : VERSEMENT DES PRESTATIONS

18.1. - Les prestations sont payées exclusivement par virement

18.2. - Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé papier de périodicité mensuelle ou, à la demande du membre participant à un relevé transmis par courriel (email) à chaque opération.

ARTICLE 19.

19.1. - Détermination de la cotisation

La cotisation est annuelle. Elle s'exprime Toutes Taxes Comprises (TTC). Elle est fixée selon 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 après consultation de la Mutuelle du REMPART, mutuelle auprès de laquelle est substituée la mutuelle CYBELE SOLIDARITE.

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 d'ayants-droit inscrits par le membre participant, de la qualité d'enfant ou d'adulte, les cotisations « enfant » et « adultes » sont uniformes quel que soit l'âge de l'enfant ou de l'adulte.

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

19.2. - 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 échéancier des cotisations.

La cotisation est due pour l'année civile.

La cotisation est prélevée mensuellement par la mutuelle sur le compte bancaire du membre participant

Elle peut être acquittée par précompte sur le salaire du membre participant.

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

19.3. - Non paiement des cotisations

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

ARTICLE 20. : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des prestations de remboursement de frais de soins de santé qu'elle lui a versées.

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.

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

ARTICLE 21. : 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 :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 22. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

22.1. DEFINITIONS SPECIFIQUES

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

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

22.2. MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Base légale des traitements

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

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

Finalités des traitements

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

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

Caractère obligatoire de la collecte

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

Données traitées

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

- Numéro de sécurité sociale (NIR) ;

- Données relatives aux soins et à l'état de santé.

Destinataires des données

Sont seuls destinataires des données traitées :

- Les services internes de Cybèle Solidarité ;
- Les services habilités et le médecin conseil de la Mutuelle du Rempart dans le cadre de la délégation de gestion et de la mise à disposition de ressources partagées ;

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

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

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

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

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

Durées de conservation

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

22.3. SECURITE DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

22.4. DROITS DES PERSONNES CONCERNEES

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

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

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

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

De plus, si les personnes concernées ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, elles peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

De même, dans le cas particulier des traitements mis en œuvre pour satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier

le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

ARTICLE 23. : MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT

Conformément à l'article 22 des statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration. Celui-ci rend compte devant l'Assemblée générale des décisions prises.

Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres dès qu'ils en ont connaissance.

ARTICLE 24. : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le présent règlement mutualiste et ses annexes,
- L'échéancier et la Carte de Mutuelle, l'ensemble valant Certificat d'Adhésion,
- le Bulletin d'Adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du Certificat d'Adhésion et celles du Bulletin d'Adhésion, ce sont les dispositions du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion souscrite par le membre participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une des dispositions du règlement mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 25. : ADHESION A DISTANCE

25.1 – 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.

25.2 – 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.

25.3 – Langue utilisée

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

25.4 – Fonds de Garanties

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

ARTICLE 26. : RECLAMATION ET MEDIATION

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à :

**Mutuelle du REMPART
Service Réclamation
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE cedex 6**

La demande est traitée dans les dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la Mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la Mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, par courrier à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
FNMF**

soit via l'adresse mail mediation@mutualite.fr

soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

ARTICLE 27. : AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 28 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

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

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1er octobre 2018, une PPE est définie comme :

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

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° Membre d'une cour des comptes ;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

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

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

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

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

ARTICLE 29. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans le cadre de son activité, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé de son choix, tout adhérent ayant formulé une demande ou bénéficié de prestations au titre du présent règlement.

La mutuelle peut également 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,
- pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment versées, sans préjudices des sanctions prévues par les statuts de la mutuelle.

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

TITRE VI – GESTION

Le présent règlement est géré par la Mutuelle du REMPART. L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante :

MUTUELLE DU REMPART Pour CYBELE SOLIDARITE
81 Boulevard Carnot
CS 76945
31069 TOULOUSE CEDEX

ANNEXE I - GARANTIES

Les forfaits sont mentionnés en euros. Ils sont annuels et par bénéficiaire.

**Les prestations surcomplémentaires viennent en complément et sous déduction du remboursement opéré par l'AMO* et la garantie complémentaire santé. Ils ne peuvent conduire le bénéficiaire à percevoir plus que les frais réellement engagés.
Ces PRESTATIONS FORFAITAIRES sont applicables après trois mois d'adhésion**

NATURE DES ACTES	HOSPIAT 2	HOSPIAT 3	HOSPIAT 4 <i>Forfait global annuel : 400 € par bénéficiaire</i>
Optique			
- Optiques sur verres et monture ou chirurgie oculaire au laser (par an)	150 €	200 €	limité à 100 € / limité au montant global annuel disponible
- Forfait lentilles (par an)	100 €		
Dentaire			
- Prothèses dentaires ou implant dentaire ou Inlay (par an)	350 €	500 €	limité à 200 € / limité au montant global annuel disponible
- Orthodontie TO 90 ou Orthodontie non remboursable (par an)	300 €		
Medecine			
- Médecins généralistes par acte (8 actes par an)	10 €	10 €	10€ / acte pour les médecins généralistes / limité au montant global annuel disponible
- Médecins spécialistes par acte (4 actes par an)	20 €	20 €	20€ / acte pour les médecins spécialistes / limité au montant global annuel disponible
- Ostéopathie par séance (4 par an)	10 €	10 €	20 €/séance - limité à 4 séances/an / limité au montant global annuel disponible
Prévention			
- Densitométrie osseuse (par an)	40 €	40 €	Limité à 40 € / limité au montant global annuel disponible
Autres prestations			
- Prothèses diverses + petit appareillage	300 €	-	-
- Automédication	-	50 €	Limité à 50 € / limité au montant global annuel disponible

* AMO = Assurance maladie Obligatoire

La garantie HOSPIAT 4 est soumise à un forfait global annuel d'un montant de 400 euros par bénéficiaire.

ANNEXE II - Cotisations Mensuelles TTC

TARIF GAMME HOSPIAT 2020									
COTISATION MENSUELLE TTC									
Nom de la Garantie	HOSPIAT 2			HOSPIAT 3			HOSPIAT 4		
	Adhérent	Conjoint	Enfant	Adhérent	Conjoint	Enfant	Adhérent	Conjoint	Enfant
Montant Mensuel	24,65 €	24,65 €	10,28 €	22,88 €	22,88 €	8,58 €	15,61 €	15,61 €	6,76 €