

CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren 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, la substituant, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Siren 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. Elles sont immatriculées auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité

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 MUTUELLE 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. Ces garanties frais de santé sont complémentaires à la protection sociale de base obligatoire des membres participants.

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

Le présent règlement respecte la réglementation sur la labellisation définie par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale de leurs agents. La délivrance du label par un Prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ouvre droit à la participation de l'employeur public au profit des membres participants du présent règlement, conformément aux dispositions du décret susvisé et de ses arrêtés.

ARTICLE 2 : BENEFICIAIRES

2.1. - Les membres participants

Conformément aux textes législatifs et réglementaires relatifs à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaires de leurs agents, le bénéfice des dispositifs du présent règlement est réservé aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, ainsi qu'à leurs retraités, ou des titulaires d'un mandat électif territorial.

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la gamme OBADIA Santé Territoriale 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 Familles 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 ;

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

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

L'adhésion des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ou des retraités ou des titulaires d'un mandat électif territorial est individuelle et facultative.

Il n'est pas prévu d'âge maximal à l'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 ; La Mutuelle communique avant la souscription à la personne candidate à l'adhésion le rapport exprimé en pourcentage entre le montant annuel des prestations versées par la Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de la Mutuelle affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors primes, selon les modalités fixées par l'arrêté du 6 mai 2020.

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 comprenant les informations suivantes :

le rapport exprimé en pourcentage entre le montant annuel des prestations versées par la Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant

et la composition des frais de gestion de la Mutuelle affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors primes ; 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 :

- un justificatif d'appartenance à la fonction publique territoriale avec indication de la date d'entrée ou le justificatif du mandat électif territorial
- 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;
- le justificatif de la qualité d'ayant droit
- 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.

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

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 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 d'activité professionnelle telle que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article 4 « CONDITIONS D'ADHESION »
- toute cessation temporaire ou définitive de son activité
- tout changement de son état civil
- tout changement de son adresse
- tout changement concernant les ayants droit
- tout changement concernant les coordonnées bancaires de l'un des bénéficiaires

ARTICLE 4. : CONDITIONS D'ADHESION

4.1. – Conditions liées à l'activité professionnelle

L'adhésion au présent règlement est réservée :

- aux personnels actifs 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
- titulaires d'un mandat électif territorial.

4.2. – 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 – 1 rue d'Austerlitz CS 27 261 31072 TOULOUSE CEDEX 6**, 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 OBADIA SANTE TERRITORIALE 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
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

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

- changement de formule à la hausse : sous réserve que le membre participant justifie d'une durée d'adhésion supérieure ou égale à 12 mois: 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.

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

Un changement de formule s'entend par un choix différent de la formule souscrite par le 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.

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.

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 la carte adhérent.

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

- En cas de naissance 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 formules internes des ayants droit

Les changements de formules des ayants droit suivent les règles applicables à l'article 6 « CHANGEMENT DE FORMULE ».

CHAPITRE II. DEMISSION – RESILIATION – EXCLUSION - RADIATION

ARTICLE 8. : DEMISSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, 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 :

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prend effet au 31 décembre minuit 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.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de la reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou la date de notification.

ARTICLE 9. : RESILIATION

Article 9.1 – Résiliation infra annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L 221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Les conditions et modalités de la résiliation infra annuelle sont fixées par les dispositions du Décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020.

Le droit de dénonciation est mentionné dans le règlement et le bulletin d'adhésion et est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au membre participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure. Les obligations des deux organismes sont fixées par le Décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020 et par l'accord de place.

La notification de la dénonciation est effectuée au choix de l'intéressé : soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

9.2. - Résiliation exceptionnelle

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 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 « BÉNÉFICIAIRES » 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.

9.3. - 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.

9.4. - 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 C2S : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'effet de l'entrée à ce dispositif.
- 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, DE LA RESILIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la résiliation et l'exclusion entraîneront la radiation du membre participant et de ses ayants droit inscrits dans l'une des formules OBADIA Santé Territoriale.

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 formule.

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.

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I. RISQUES EXCLUS ET OBJET DES GARANTIES

ARTICLE 12. : RISQUES EXCLUS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

12.1. L'ensemble des garanties de la gamme « OBADIA » SANTE TERRITORIALE ne couvre 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 (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

12-2. Sans préjudice des obligations de garanties résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », 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 de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci ;
- s'agissant des naissances, le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à une naissance enregistrée dans un pays hors de l'Union Européenne ;
- s'agissant de la chirurgie esthétique non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale par un chirurgien agréé, les pratiques du Botox, peeling, épilations lasers ;
- s'agissant des contraceptions prescrites et non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, les préservatifs masculins et féminins ;
- s'agissant des lentilles, les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires.

12.2. – 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 la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire 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.

ARTICLE 13. – 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.

Les garanties sont en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence, la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge relative aux planchers et plafonds de remboursements de prestations.

CHAPITRE II. LES PRESTATIONS

ARTICLE 14. TABLEAU DES PRESTATIONS

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

- formule « OBADIA 1 » Territoriale régime général : cette formule de garanties est responsable
- formule « OBADIA 2 » Territoriale régime général : cette formule de garanties est responsable
- formule « OBADIA 3 » Territoriale régime général : cette formule de garanties est responsable
- formule « OBADIA 4 » Territoriale régime général : cette formule de garanties est responsable

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

ARTICLE 15. : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

15.1. - 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.

15.2. - 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.

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

ARTICLE 16. : DISPOSITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

16-1. Règlementation relative aux contrats responsables et solidaires

Les garanties sont conformes au dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats responsables, décrit dans l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et dans ses textes d'application.

16.1.1 - Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (D.P.T.M.)

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- Limite 1 : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;

- Limite 2 : Le montant de prise en charge des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

16-1-2. Prise en charge des équipements optiques

La Mutuelle rembourse les frais d'optique dans les règles, planchers et plafonds définis dans le cadre des contrats responsables et solidaires (Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant l'article 871-2 du Code de la Sécurité Sociale) ainsi que dans la limite des dépenses engagées.

Les forfaits s'entendent ticket modérateur inclus.

Lunettes

Un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et de deux verres.

Les équipements sont classés en 6 catégories, basées sur la correction des verres, selon le tableau ci-dessous :

Catégorie	Équipement	Verres associés
1	Équipement composé de 2 verres "simples"	Verres simple foyer avec : Sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est ≤ 4
2	Équipement composé de 2 verres "complexes"	Verres simple foyer avec : Sphère > -6 ou $> +6$ ou dont le cylindre est > 4 ou verres multifocaux ou verres progressifs
3	Équipement composé de 2 verres "très complexes"	Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec : sphère hors zone de -8 ou $> +8$ ou verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : sphère hors zone de -4 ou $> +4$
4	Équipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "complexe"	Équipement composé d'un verre de catégorie 1 et d'un verre de catégorie 2
5	Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « très complexe »	Équipement composé d'un verre de catégorie 1 et d'un verre de catégorie 3
6	Équipement mixte composé d'un verre "complexe" et d'un verre "très complexe"	Équipement composé d'un verre de catégorie 2 et d'un verre de catégorie 3

Les forfaits optiques figurant au tableau des garanties portent sur un équipement (monture + verres) et incluent le forfait « monture » ainsi que le ticket modérateur, conformément aux dispositions de l'article R. 871-2 3° du Code de la Sécurité sociale.

La prise en charge de la mutuelle est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'équipement (classe A ou classe B).

Les équipements de Classe A (montures et verres) entrant dans le cadre du « panier 100 % santé » sont intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente (PLV). Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 30 €.

Le remboursement intègre la prestation d'appariage et le supplément pour verres avec filtre à hauteur du ticket modérateur.

Les équipements de classe B bénéficient d'une prise en charge dans la limite des textes liés aux contrats responsables et du niveau de garantie souscrit.

Les montants de remboursements varient selon la correction :

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

La monture de classe B est prise en charge dans la limite de 100 €.

Le « panachage » verres de classe A et monture de classe B ou inversement, verres de classe B et monture de classe A, est possible. Dans cette hypothèse, la composante de classe B sera remboursée selon le niveau de formule souscrite, déduction faite du remboursement de la composante de classe A.

Renouvellement des lunettes (classe A et classe B)

Adultes ou enfant de 16 ans et +

- ➔ Renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique (1 monture + 2 verres) possible au terme d'une période de deux (2) ans après la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Enfants de + de 6 ans et de moins de 16 ans

- ➔ Renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique (1 monture + 2 verres) possible au terme d'une période d'un (1) an après la dernière facturation d'un équipement.

Enfants de 6 ans et moins

- ➔ Renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique (1 monture + 2 verres) possible au terme d'une période d'un (1) an après la dernière facturation d'un équipement ou au terme d'un délai de six (6) mois en cas de

mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Lorsque l'assuré demande un remboursement en 2 temps (distincts pour la monture et les verres), le délai légal s'applique à compter de la date d'acquisition du dernier élément composant l'équipement complet.

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

- Adulte ou un enfant d'au moins 16 ans : renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale sur prescription médicale qui sera comparée à la précédente, au terme d'une période minimale d'un (1) an et lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires suite à une évolution de la vue, dans les limites suivantes :
 - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun de deux verres,
 - variation d'au moins 0.5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
 - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0.5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1.00 dioptrie,
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1.25 à 4.00 dioptries,
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4.00 dioptries.
- Enfant de moins de 16 ans : aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale (pas de renouvellement des montures dans ce cas).
- Assuré qui présente une évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (pathologies ophtalmologiques et générales listées à l'arrêté du 3 décembre 2018 – publication J.O 13 décembre 2018) : aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve d'une mention de l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de la présence d'un des cas particuliers (pas de remboursement des montures dans ce cas).

Enfin, il est à noter qu'en cas de bris, l'équipement complet peut être pris en charge au terme d'une période minimale de (6) six mois après le dernier remboursement si l'assuré a :

- un trouble neurologique grave avec atteinte de la motricité fine,
- ou une déficience intellectuelle sévère.

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

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

- Lentilles : le remboursement pour les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire, s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées. Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la mutuelle. L'essai de lentilles n'est pas pris en charge par la mutuelle.
- Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser, dans ce cas la Mutuelle intervient dans le cadre d'un forfait annuel variable selon la formule de garantie.

16-1-3. Prise en charge du forfait journalier lié à un séjour dans un établissement médico-social

Seul le forfait journalier hospitalier est pris en charge sans limitation de durée. Les frais de forfait journalier liés à un séjour dans un établissement médico-social est pris en charge selon stipulation du tableau de garantie.

16.2. - 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.

La participation sur tout ou partie des prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire est versée, après contrôle de notre service dentaire, 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.

Dans le cadre de la réforme « 100 % santé » et en respect des 3 paniers définis à ce titre ; 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 codification des actes en vigueur CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Les actes effectués au titre du « panier 100 % santé » sont remboursés intégralement par la mutuelle sans limite ni plafond.

Pour les actes effectués dans le cadre du « panier RAC maîtrisé » ou dans celui du « panier à tarifs libres », les remboursements s'effectuent selon la garantie souscrite en prenant toutefois en considération les Honoraires Limites de Facturation (HLF) dans le cas du panier maîtrisé.

Sont assimilées aux prothèses dentaires :

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

16.3. - Les Aides Auditives – Audioprothèses

La mutuelle rembourse au-delà du ticket modérateur (TM) un forfait variable selon l'option pour les aides auditives, sous réserve que celles-ci appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP).

Elle participe également aux frais d'entretien des appareillages et de certains accessoires figurant sur la liste LPP.

La participation de la Mutuelle diffère en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive (classe I – classe II) et le remboursement respecte les obligations de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée
- Au maximum à 1 700 € par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1 pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions prévues par l'article L 165-1.

16.4. - Prime de naissance

Selon la formule souscrite, elle correspond à un forfait attribué par enfant né ou adopté et par formule souscrite dans la limite de deux par adhésion et par an. Elle est versée sur présentation de l'extrait de naissance du nouveau-né (ou photocopie du livret de famille justifiant de la filiation) ou le cas échéant sur présentation d'un justificatif de jugement provisoire d'adoption.

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

Cette prestation est exclusivement versée pour les naissances survenues dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la mutuelle sur ce risque s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre.

16.5. - Orthodontie

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.

16.6 - En l'absence de clause particulière :

- Le forfait « diététique, ergothérapie et médecine douce » permet le remboursement des actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, d'étiopathie, de médecine chinoise, de médecine douce, de psychothérapeute, de diététicien, d'ergothérapeute, sur présentation d'une facture originale d'un praticien diplômé, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire prévu à la garantie.
- Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, 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.
- Psychologues, psychomotricien... : les remboursements faisant l'objet d'une prestation sans prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, doivent être dispensés par un praticien diplômé.
- Toutes prestations non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, doivent faire l'objet d'une prescription nominative et d'une facture originale, détaillée et acquittée.
- Pour tous remboursements concernant des prestations hospitalisation, optique, dentaire, orthopédique et acoustique : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.

ARTICLE 17. : BASE 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.

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.

CHAPITRE III - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS RELEVANT DE LA BRANCHE 20 – VIE DECES

ARTICLE 19. : DEFINITION DE LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

19-1. Lorsque la garantie prévue au présent règlement comprend une participation financière pour un remboursement forfaitaire des frais d'obsèques d'un bénéficiaire, celle-ci est limitée aux frais réellement supportés.

19-2. L'indemnisation des frais d'obsèques est une garantie présentant un caractère strictement annuel, les cotisations appelées au cours d'un exercice servant à couvrir les prestations dues au titre de ce même exercice.

19-3. Le Conseil d'administration devra s'exprimer chaque année sur la reconduction éventuelle pour une année de cette garantie, ainsi que sur son niveau.

19-4. Le montant de cette éventuelle participation est défini pour chacune des garanties visées à l'article 14 du présent règlement.

19-5. Le droit à prestation est ouvert :

- Lorsque le décès est consécutif à une maladie, le droit aux prestations est ouvert selon les modalités fixées aux articles 19-4 à 19-11 du présent règlement.
- Lorsque le décès est consécutif à un accident, le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion.

19-6. Le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à un décès ne peut s'effectuer que pour les seuls décès déclarés et enregistrés dans un pays de la Communauté Européenne.

Cette prestation est exclusivement versée pour les décès survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la Mutuelle sur ce risque s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre.

19-7. La participation prévue s'applique aux enfants nés viables et décédés ou morts nés, au sens de l'article 79-1 du Code civil. Le versement de la participation est subordonné à la production d'un acte de naissance et d'un acte de décès, ou à défaut, d'un acte d'enfant sans vie.

19-8. La participation prévue est versée à la personne physique ou morale ayant acquitté les frais d'obsèques du bénéficiaire sur présentation de la facture.

19-9. La cotisation afférente à cette participation est appelée concomitamment à celle prévue à l'article 20.

19-10. Elle fait néanmoins l'objet d'une notification spécifique inscrite sur le descriptif de la garantie.

19-11. Le montant de cette cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'administration de la mutuelle après consultation de la Mutuelle du REMPART.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 20.

20.1. - Détermination de la cotisation

La cotisation est annuelle. Elle s'exprime Toutes Taxes Comprises (TTC). Elle est fixée par tranche d'âge 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, de la qualité et de l'âge 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 de deux enfants ayants droit, les cotisations de l'offre Santé des autres enfants ayants-droit sont gratuites.

L'âge est calculé par différence de millésime entre la date d'émission de la cotisation et l'année de naissance du bénéficiaire moins une année. Il y a changement de cotisation dès lors que le bénéficiaire change de tranche d'âge.

La tarification des garanties répond aux principes de solidarité intergénérationnelle et familiale.

Conformément aux 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.

20.2. - 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.

20.3. – 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 DIVERSES

ARTICLE 21. : 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 (ent) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 22. : 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 dix (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 23. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

23.1. 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.

23.2. 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.

23.3. 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.

23.4. 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>

ARTICLE 24. : 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, qui a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L 114-11 du Code de la Mutualité. Celui-ci rend compte devant l'Assemblée générale des décisions prises.

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

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

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

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

ARTICLE 25. : 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 26. : ADHESION A DISTANCE

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

26-1 – Signature électronique

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

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

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

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

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

26.2 – 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.

ARTICLE 27. : Loi applicable

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

ARTICLE 28. : Langue utilisée

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

ARTICLE 29. : 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 30. : 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 60 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
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15**

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 31. : 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 32. 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 33. : 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 Solidarité
81 Boulevard Carnot
CS 76945
31069 TOULOUSE CEDEX**

**ANNEXE I
PRESTATIONS 2021**

OBADIA 1 Territoriale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENT sous déduction des prestations versées par la SS BASE
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	175% de la BR
Consultations et visites- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	150% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	125% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie,...)	
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	100% de la BR
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
Automédication et produits pharmaceutiques non remboursables	50 € par an
MATERIEL MEDICAL inscrit à la liste des produits de prestations (LPP)	
Prothèse mammaire	100 % de la BR + 254 € par an et par prothèse
Prothèse capillaire	100 % de la BR + 188,75 € par an et par prothèse
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) -lits médicaux, accessoires,...	200 % de la BR + 200 € par an (y compris orthopédie, pédicurie et podologie)
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Honoraires- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	400% de la BR
Honoraires- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
	Prise en charge intégrale ⁽³⁾
FRAIS DE SEJOUR	
	400% de la BR
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	50€
Nombre de jours maximum	30
Frais d'accompagnement par jour	38,50 € (enfant de moins de 16 ans et ascendant ayant plus de 70 ans)
Nombre de jours maximum	30
Frais de télévision	2 € (limité à 30 jours)
FORFAIT ACTES LOURDS	
	Prise en charge intégrale
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% de la BR
SOINS ET PROTHESES « 100% Santé »	
Soins et prothèses "100% Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF*
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	250 % de la BR (200 % pour les inlays onlays) dans la limite des HLF ⁽²⁾
Actes prothétiques remboursés par la SS avec honoraires libres	250 % de la BR (200 % pour les inlays onlays) ⁽²⁾
Actes prothétiques non remboursés par la SS	154 € par prothèse (prothèse fixe céramique et réparation) ⁽²⁾
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS	
Parodontologie-Forfait/an/bénéficiaire	200€ ⁽²⁾
Implantologie-Forfait/an/bénéficiaire	200€ ⁽²⁾
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	258,40% de la BR par semestre (y compris les actes liés à l'orthodontie)
PLAFOND DENTAIRE (hors TM, soins et prothèses "100 % Santé")	1 000 € (hors TM,soins et prothèses 100 % Santé et l'orthodontie)

OPTIQUE: Limité à 1 équipement (1 monture+2verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	
EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
EQUIPEMENT OPTIQUE- PRIX LIBRES (CLASSE B)	
Grilles optique	
Équipement optique (y compris monture)	
A- Équipement composé de deux verres "simple"	320€
B- Équipement mixte composé d'un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe"(C)	370€
C- Équipement composé de deux verres "complexes"	420€
D- Équipement avec un verre "simple" (A) et un verre "très complexe" (F)	370€
E- Équipement avec un verre "complexe" (C) et un verre "très complexe" (F)	420€
F- Équipement avec deux verres "très complexes"	420€
Dont Monture	100€
PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
LENTILLES	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	200 € par an (1)
CHIRURGIE REFRACTIVE	
Chirurgie de la vision	250 € par œil (chirurgie réfractive)
AIDE AUDITIVE : Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PLV de la Classe I
A compter du 1er janvier 2021	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
AIDE AUDITIVE- PRIX LIBRES (CLASSE II)- Au 1er janvier 2021, la prise en charge globale est limitée à 1700€ par aide auditive, y compris remboursement SS	
Aide auditive remboursée par la SS	100% de la BR+1000€ par appareil
ACCESSOIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SS	
Petits accessoires auditifs (piles,...)	60€/an
Forfait d'entretien annuel	100% de la BR
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Forfait global médecine douce	110€/an par bénéficiaire
Acupuncture	inclus
Ostéopathie	inclus
Chiropraxie	inclus
Diététique	inclus
Étiopathie	inclus
Ergothérapie	inclus
Psychothérapie	inclus
Psychologue et Psychomotricien	100 € par an et par bénéficiaire
Vaccins (y compris les voyages à l'étranger) (illimité)	15€
Sevrage tabagique (prescrit)	100 € par an
Contraceptifs oraux (prescrits et non remboursés par la SS)	50 € par an
DIVERS	
TRANSPORT	
Frais de transport (remboursé par la SS)	100% de la BR
CURES THERMALES	
Cures thermales remboursées par la SS/ an / bénéficiaire	100% de la BR
NAISSANCE - ADOPTION	
Chambre particulière par jour	60 € (limité à 7 jours par an)
Forfait par enfant	100€
Acte sage-femme	100% de la BR
Caryotype fœtal	120€
Péridurale	80€
Forfait accouchement	200 € par an
Amniocentèse	65€
FRAIS D'OBSEQUES	Limité à 1500 €
ASSISTANCE	OUI
(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS (2) Limité au plafond annuel global : 1000 € (3) Limité à 90 jours par an en établissements médico-sociaux * : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement / HLF : Honoraires Limite de Facturation / PLV : Prix Limite de Vente.	

OBADIA 2 Territoriale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENT sous déduction des prestations versées par la SS BASE
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	175% de la BR
Consultations et visites- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	150% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	125% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie,...)	
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
Automédication et produits pharmaceutiques non remboursables	50€/an
MATERIEL MEDICAL inscrit à la liste des produits de prestations (LPP)	
Prothèse mammaire	100 % de la BR + 254 € par an et par prothèse
Prothèse capillaire	100 % de la BR + 188,75 € par an et par prothèse
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) -lits médicaux, accessoires,...	200 % de la BR + 200 € par an (y compris orthopédie, pédicurie et podologie)
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Honoraires- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	400% de la BR
Honoraires- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
FRAIS DE SEJOUR	
Prise en charge intégrale (3)	
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	50€
Nombre de jours maximum	30
Frais d'accompagnement par jour	38,50 € (enfant de moins de 16 ans et ascendant ayant plus de 70 ans)
Nombre de jours maximum	30
Frais de télévision	2 € (limité à 30 jours)
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	150% de la BR
SOINS ET PROTHESES « 100% Santé »	
Soins et prothèses "100% Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF*
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	400 % de la BR (300 % de la BR pour les inlays onlays) dans la limite des HLF (2)
Actes prothétiques remboursés par la SS avec honoraires libres	400 % de la BR (300 % de la BR pour les inlays onlays) (2)
Actes prothétiques non remboursés par la SS	354 € par prothèse (prothèse fixe céramique et réparation) (2)
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS	
Parodontologie-Forfait/an/bénéficiaire	400€ (2)
Implantologie-Forfait/an/bénéficiaire	600€ (2)
Appareillage dentaire, bridges	800€ par an
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	310% de la BR par semestre
Autres actes liés à l'orthodontie	258.40% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	400€ par semestre
PLAFOND DENTAIRE (hors TM, soins dentaires, orthodontie et soins et prothèses "100% Santé")	2 500 € (hors TM, soins et prothèses 100 % Santé, orthodontie et appareillage dentaire, bridge non remboursés par la SS)

**OPTIQUE: Limité à 1 équipement (1 monture+2verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans.
Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.**

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Monture + 2 verres de tous types (Classe A) Prise en charge intégrale dans la limite des PLV*

EQUIPEMENT OPTIQUE- PRIX LIBRES (CLASSE B)

Grilles optique

Équipement optique (y compris monture)

A- Équipement composé de deux verres "simple" 100€

B- Équipement mixte composé d'un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe"(C) 150€

C- Équipement composé de deux verres "complexes" 200€

D- Équipement avec un verre "simple" (A) et un verre "très complexe" (F) 150€

E- Équipement avec un verre "complexe" (C) et un verre "très complexe" (F) 200€

F- Équipement avec deux verres "très complexes" 200€

Dont Monture 50€

PRESTATION D'ADAPTATION

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

LENTILLES

Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) 100€/an (1)

AIDE AUDITIVE : Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)

Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PLV de la Classe I

A compter du 1er janvier 2021 Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

AIDE AUDITIVE- PRIX LIBRES (CLASSE II)- Au 1er janvier 2021, la prise en charge globale est limitée à 1700€ par aide auditive, y compris remboursement SS

Aide auditive remboursée par la SS 100% de la BR+1000€ par appareil

ACCESSOIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SS

Petits accessoires auditifs (piles,...) 60 € par an

Forfait d'entretien annuel 100% de la BR

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE

Forfait global médecine douce 110 € par an et par bénéficiaire

Acupuncture inclus

Ostéopathie inclus

Chiropractie inclus

Diététique inclus

Étiopathie inclus

Ergothérapie inclus

Psychothérapie inclus

Psychologue et Psychomotricien 100 € par an et par bénéficiaire

Vaccins (y compris les voyages à l'étranger)(illimité) 15€

Sevrage tabagique (prescrit) 100 € par an

Contraceptifs oraux (prescrits et non remboursés par la SS) 50 € par an

DIVERS

TRANSPORT

Frais de transport (remboursé par la SS) 100% de la BR

CURES THERMALES

Cures thermales remboursées par la SS/ an / bénéficiaire 100% de la BR

Cures thermales – Forfait (Honoraire/Transport/Hébergement) 150€

NAISSANCE - ADOPTION

Chambre particulière par jour 60 € (limité à 7 jours par an)

Forfait par enfant 100€

Acte sage-femme 100% de la BR

Caryotype fœtal 120€

Péridurale 80€

Forfait accouchement 200 € par an

Amniocentèse 65€

FRAIS D'OBSEQUES

Limité à 1500€

ASSISTANCE

OUI

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS (2) Limité au plafond annuel global : 2 500 € (3) Limité à 90 jours par an en établissements médico-sociaux
* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement / HLF : Honoraires Limite de Facturation / PLV : Prix Limite de Vente.

OBADIA 3 Territoriale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENT sous déduction des prestations versées par la SS BASE
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	100% de la BR
Consultations et visites- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris, téléconsultation prise en charge par la SS)	100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	100% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie,...)	
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
MATERIEL MEDICAL inscrit à la liste des produits de prestations (LPP)	
Prothèse mammaire	100 % de la BR + 200 € par an et par prothèse
Prothèse capillaire	100 % de la BR + 150 € par an et par prothèse
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) -lits médicaux, accessoires,...	200 % de la BR + 160 € par an (y compris orthopédie, pédicurie et podologie)
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Honoraires- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
Honoraires- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
FRAIS DE SEJOUR	
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	45€ (limité à 30 jours)
Frais d'accompagnement par jour	38,50 € (enfant de moins de 16 ans et ascendant ayant plus de 70 ans)
Nombre de jours maximum	30
Frais de télévision	2 € (limité à 30 jours)
FORFAIT ACTES LOURDS	
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% de la BR
SOINS ET PROTHESES « 100% Santé »	
Soins et prothèses "100% Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF*
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	320 % de la BR (230 % de la BR pour les inlays onlays) dans la limite des HLF (2)
Actes prothétiques remboursés par la SS avec honoraires libres	320 % de la BR (230 % de la BR pour les inlays onlays) (2)
Actes prothétiques non remboursés par la SS	200 € par prothèse (prothèse fixe céramique et réparation) (2)
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS	
Parodontologie-Forfait/an/bénéficiaire	400€ (2)
Implantologie-Forfait/an/bénéficiaire	240€ (2)
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	200% de la BR par semestre (2)
Autres actes liés à l'orthodontie	258.40% de la BR (2)
PLAFOND DENTAIRE (hors TM, soins et prothèses "100 % Santé")	1 500 € (hors TM, soins et prothèses 100 % Santé)

**OPTIQUE: Limité à 1 équipement (1 monture+2verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans.
Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.**

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Monture+2 verres de tous types (Classe A) Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

EQUIPEMENT OPTIQUE- PRIX LIBRES (CLASSE B)

Grilles optique

Équipement optique (y compris monture)

A- Équipement composé de deux verres "simple" 130€

B- Équipement mixte composé d'un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe"(C) 165€

C- Équipement composé de deux verres "complexes" 200€

D- Équipement avec un verre "simple" (A) et un verre "très complexe" (F) 165€

E- Équipement avec un verre "complexe" (C) et un verre "très complexe" (F) 200€

F- Équipement avec deux verres "très complexes" 200€

Dont Monture 100€

PRESTATION D'ADAPTATION

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

LENTILLES

Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) 80 € par an (1)

CHIRURGIE REFRACTIVE

Chirurgie de la vision 200 € par œil, par an (chirurgie réfractive)

AIDE AUDITIVE : Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)

Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PLV de la Classe I

A compter du 1er janvier 2021 Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

AIDE AUDITIVE- PRIX LIBRES (CLASSE II)- Au 1er janvier 2021, la prise en charge globale est limitée à 1700€ par aide auditive, y compris remboursement SS

Aide auditive remboursée par la SS 100% de la BR+400€ par appareil

ACCESSOIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SS

Forfait pile acoustiques 50€ par an

Forfait d'entretien annuel 100% de la BR

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE

Forfait global médecine douce 50 € par an et par bénéficiaire

Acupuncture inclus

Ostéopathie inclus

Chiropractie inclus

Diététique inclus

Étiopathie inclus

Ergothérapie inclus

Psychothérapie inclus

Psychologue et Psychomotricien 60 € par an et par bénéficiaire

Vaccins (y compris les voyages à l'étranger)(illimité) 11€

Sevrage tabagique (prescrit) 38 € par an

Contraceptifs oraux (non remboursés par la SS) 30 € par an

DIVERS

TRANSPORT

Frais de transport (remboursé par la SS) 100% de la BR

CURES THERMALES

Cures thermales remboursées par la SS/ an / bénéficiaire 100% de la BR

NAISSANCE - ADOPTION

Chambre particulière par jour 45 € (limité à 7 jours par an)

Forfait par enfant 100€

Acte sage femme 100% de la BR

Caryotype fœtal 120€

Péridurale 80€

Amniocentèse 65€

FRAIS D'OBSEQUES

Limité à 750€

ASSISTANCE

OUI

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS (2) Limité au plafond annuel global : 1500 € (3) Limité à 90 jours par an en établissements médico-sociaux
* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement./ HLF : Honoraires Limite de Facturation / PLV : Prix Limite de Vente.

OBADIA 4 Territoriale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENT sous déduction des prestations versées par la SS BASE
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	200% de la BR
Consultations et visites- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y compris téléconsultation prise en charge par la SS)	180% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) -Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	180% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	130% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie,...)	
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	180% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	125% de la BR (50€ par an si non remboursable par la SS)
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
Automédication et produits pharmaceutiques non remboursables	100€ par an
MATERIEL MEDICAL inscrit à la liste des produits de prestations (LPP)	
Prothèse mammaire	100 % de la BR + 300 € par an et par prothèse
Prothèse capillaire	100 % de la BR + 200 € par an et par prothèse
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) -lits médicaux, accessoires,...	200 % de la BR + 200 € par an (y compris orthopédie, pédicurie et podologie)
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Honoraires- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	400% de la BR + 100€ par an
Honoraires- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale (3)
FRAIS DE SEJOUR	400% de la BR + 100 € par an
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	90€ (40€ pour les soins suite à réadaptation)
Nombre de jours maximum	90
Frais d'accompagnement par jour	39 € (enfant de moins de 16 ans et ascendant ayant plus de 70 ans)
Nombre de jours maximum	30
Frais de télévision	2 € (limité à 30 jours)
FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	150% de la BR
SOINS ET PROTHESES « 100% Santé »	
Soins et prothèses "100% Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	480 % de la BR (200 % de la BR pour les inlays onlays) dans la limite des HLF (2)
Actes prothétiques remboursés par la SS avec honoraires libres	480 % de la BR (200 % de la BR pour les inlays onlays) (2)
Actes prothétiques non remboursés par la SS	250 € par prothèse (prothèse fixe céramique et réparation) (2)
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS	
Parodontologie-Forfait/an/bénéficiaire	600€ (2)
Implantologie-Forfait/an/bénéficiaire	700€ (2)
Autre acte dentaire, Bridges	800€ par an
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	500% de la BR par semestre
Autres actes liés à l'orthodontie	260% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	500€ par semestre
PLAFOND DENTAIRE (hors TM, soins et prothèses "100 % Santé")	3 000 € (hors TM, soins et prothèses 100 % Santé, orthodontie et appareillage dentaire, bridges non remboursés par la SS)

**OPTIQUE: Limité à 1 équipement (1 monture+2verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans.
Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.**

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Monture +2 verres de tous types (Classe A) Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

EQUIPEMENT OPTIQUE- PRIX LIBRES (CLASSE B)

Grilles optique

Équipement optique (y compris monture)

A- Équipement composé de deux verres "simple"	370€
B- Équipement mixte composé d'un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe"(C)	435€
C- Équipement composé de deux verres "complexes"	500€
D- Équipement avec un verre "simple" (A) et un verre "très complexe" (F)	435€
E- Équipement avec un verre "complexe" (C) et un verre "très complexe" (F)	500€
F- Équipement avec deux verres "très complexes"	500€
Dont Monture	100€

PRESTATION D'ADAPTATION

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

LENTILLES

Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) 200€/an (1)

CHIRURGIE REFRACTIVE

Chirurgie de la vision 250 € par œil, par an (chirurgie réfractive)

AIDE AUDITIVE : Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille

EQUIPEMENT "100% SANTE" (*)

Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)

Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PVL de la Classe I

A compter du 1er janvier 2021 Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

AIDE AUDITIVE- PRIX LIBRES (CLASSE II)- Au 1er janvier 2021, la prise en charge globale est limitée à 1700€ par aide auditive, y compris remboursement SS

Aide auditive remboursée par la SS 100% de la BR+1 000€ par appareil

ACCESSOIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SS

Forfait pile acoustiques 100 € par an

Forfait d'entretien annuel 100% de la BR

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE

Forfait global médecine douce 50€ par séance dans la limite de 4 séances par an par bénéficiaire

Acupuncture inclus

Ostéopathie inclus

Chiropractie inclus

Diététique inclus

Étiopathie inclus

Ergothérapie inclus

Psychothérapie inclus

Psychologue et Psychomotricien 300 € par an et par bénéficiaire

Psychiatre et Pédopsychiatre 150 € par an et par bénéficiaire

Forfait global vaccins (prescrits et non remboursables par la SS) 100 € par an

Sevrage tabagique (prescrit) 100 € par an

Contraceptifs oraux (prescrits et non remboursés par la SS) 100 € par an

DIVERS

TRANSPORT

Frais de transport (remboursé par la SS) 100 % de la BR (100 € par an si non remboursé par la SS)

CURES THERMALES

Cures thermales Honoraires remboursées par la SS/ an / bénéficiaire 100% de la BR

Cures thermales Forfaits (Honoraires, transport, Hébergement) 300€

NAISSANCE - ADOPTION

Chambre particulière par jour 90 € (limité à 7 jours par an)

Forfait par enfant 150€

Acte sage femme 150% de la BR

Caryotype foetal 120€

Péridurale 100€

Forfait accouchement 400 € par an

Amniocentèse 100€

FRAIS D'OBSEQUES

Limité à 1500€

ASSISTANCE

OUI

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS (2) Limité au plafond annuel global : 3 000 € (3) Limité à 90 jours par an en établissements médico-sociaux
* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement / HLF : Honoraires Limite de Facturation / PLV : Prix Limite de Vente.

**ANNEXE II :
Cotisations 2021**

TARIF GAMME OBADIA TERRITORIALE 2021												
COTISATION MENSUELLE TTC												
Nom de la Garantie	Obadia 1 Territoriale			Obadia 2 Territoriale			Obadia 3 Territoriale			Obadia 4 Territoriale		
	Adhérent	Conjoint	Enfant	Adhérent	Conjoint	Enfant	Adhérent	Conjoint	Enfant	Adhérent	Conjoint	Enfant
1er Enfant jusqu'à 27 ans			20,90 €			24,85 €			17,72 €			30,56 €
2ème Enfant jusqu'à 27 ans			20,90 €			24,85 €			17,72 €			30,56 €
Adulte de 16 à 20 ans	34,70 €	34,72 €		37,89 €	37,89 €		27,00 €	27,00 €		43,60 €	43,60 €	
21 ans	35,10 €	35,10 €		38,35 €	38,36 €		28,56 €	28,58 €		46,12 €	46,12 €	
22 ans	35,91 €	35,92 €		39,24 €	39,24 €		28,98 €	28,98 €		46,79 €	46,80 €	
23 ans	36,94 €	36,94 €		40,35 €	40,35 €		29,71 €	29,71 €		47,97 €	47,97 €	
24 ans	37,14 €	37,14 €		40,57 €	40,57 €		32,21 €	32,21 €		51,99 €	51,99 €	
25 ans	37,56 €	37,55 €		41,02 €	41,03 €		33,04 €	33,05 €		53,34 €	53,34 €	
26 ans	38,91 €	38,91 €		42,51 €	42,51 €		35,01 €	35,03 €		55,29 €	55,29 €	
27 ans	42,76 €	42,77 €		46,73 €	46,74 €		39,07 €	39,08 €		60,75 €	60,75 €	
28 ans	45,44 €	45,43 €		49,63 €	49,63 €		41,88 €	41,89 €		64,54 €	64,54 €	
29 ans	47,69 €	47,69 €		52,10 €	52,10 €		44,06 €	44,07 €		67,76 €	67,76 €	
30 ans	50,55 €	50,56 €		53,89 €	53,89 €		46,98 €	46,97 €		70,70 €	70,70 €	
31 ans	51,66 €	51,66 €		56,24 €	56,25 €		48,75 €	48,76 €		73,79 €	73,79 €	
32 ans	53,33 €	53,33 €		57,63 €	57,63 €		50,20 €	50,22 €		75,62 €	75,64 €	
33 ans	54,45 €	54,44 €		59,14 €	59,14 €		51,35 €	51,35 €		77,59 €	77,59 €	
34 ans	55,57 €	55,57 €		60,64 €	60,65 €		52,71 €	52,70 €		79,56 €	79,56 €	
35 ans	56,69 €	56,69 €		62,24 €	62,24 €		54,05 €	54,07 €		81,68 €	81,68 €	
36 ans	57,81 €	57,81 €		63,53 €	63,54 €		55,20 €	55,21 €		83,35 €	83,35 €	
37 ans	59,16 €	59,16 €		65,14 €	65,13 €		56,45 €	56,46 €		85,47 €	85,47 €	
38 ans	60,48 €	60,48 €		66,53 €	66,54 €		57,70 €	57,70 €		87,30 €	87,29 €	
39 ans	61,93 €	61,93 €		68,24 €	68,25 €		58,94 €	58,94 €		89,54 €	89,54 €	
40 ans	63,92 €	63,93 €		69,21 €	69,22 €		60,19 €	60,21 €		90,82 €	90,83 €	
41 ans	65,12 €	65,12 €		70,70 €	70,70 €		61,43 €	61,44 €		92,76 €	92,76 €	
42 ans	66,90 €	66,90 €		72,42 €	72,43 €		62,70 €	62,70 €		95,02 €	95,03 €	
43 ans	67,99 €	67,99 €		73,71 €	73,70 €		63,83 €	63,85 €		96,71 €	96,70 €	
44 ans	69,10 €	69,11 €		74,98 €	74,98 €		65,09 €	65,08 €		98,39 €	98,39 €	
45 ans	70,21 €	70,20 €		76,60 €	76,59 €		66,22 €	66,23 €		100,49 €	100,49 €	
46 ans	71,42 €	71,43 €		78,19 €	78,20 €		67,69 €	67,68 €		102,60 €	102,60 €	
47 ans	72,63 €	72,63 €		79,81 €	79,80 €		68,94 €	68,94 €		104,72 €	104,71 €	
48 ans	74,49 €	74,48 €		80,66 €	80,66 €		69,66 €	69,67 €		105,84 €	105,84 €	
49 ans	75,74 €	75,74 €		81,63 €	81,63 €		70,70 €	70,71 €		107,11 €	107,11 €	
50 ans	76,91 €	76,91 €		82,60 €	82,60 €		71,32 €	71,32 €		108,37 €	108,39 €	
51 ans	78,62 €	78,62 €		84,00 €	83,99 €		72,47 €	72,47 €		110,19 €	110,20 €	
52 ans	80,33 €	80,33 €		85,49 €	85,49 €		73,73 €	73,73 €		112,16 €	112,17 €	
53 ans	82,22 €	82,22 €		87,05 €	87,03 €		75,07 €	75,07 €		114,13 €	114,13 €	
54 ans	83,56 €	83,56 €		88,48 €	88,48 €		76,32 €	76,32 €		115,82 €	115,82 €	
55 ans	84,80 €	84,80 €		90,20 €	90,20 €		77,98 €	77,98 €		118,36 €	118,36 €	
56 ans	86,14 €	86,14 €		91,82 €	91,81 €		79,22 €	79,24 €		120,46 €	120,46 €	
57 ans	87,47 €	87,47 €		93,41 €	93,41 €		80,79 €	80,78 €		122,57 €	122,57 €	
58 ans	89,03 €	89,03 €		95,45 €	95,46 €		82,47 €	82,46 €		125,25 €	125,25 €	
59 ans	90,60 €	90,59 €		97,27 €	97,27 €		84,02 €	84,04 €		127,65 €	127,63 €	
60 ans	93,06 €	93,06 €		98,88 €	98,88 €		85,48 €	85,49 €		129,74 €	129,73 €	
61 ans	96,38 €	96,36 €		101,40 €	101,40 €		87,34 €	87,36 €		132,84 €	132,83 €	
62 ans	99,74 €	99,74 €		104,71 €	104,71 €		88,59 €	88,60 €		136,14 €	136,15 €	
63 ans	102,22 €	102,23 €		107,05 €	107,06 €		90,05 €	90,06 €		139,17 €	139,16 €	
64 ans	104,70 €	104,71 €		109,42 €	109,42 €		91,40 €	91,41 €		142,19 €	142,19 €	
65 ans	107,21 €	107,22 €		111,81 €	111,81 €		93,92 €	93,91 €		145,26 €	145,26 €	
66 ans	109,73 €	109,73 €		114,20 €	114,20 €		95,35 €	95,35 €		148,35 €	148,35 €	
67 ans	112,81 €	112,81 €		117,17 €	117,34 €		98,07 €	98,08 €		152,18 €	152,18 €	
68 ans	115,93 €	115,93 €		120,19 €	120,20 €		101,07 €	101,09 €		156,07 €	156,06 €	
69 ans	118,56 €	118,57 €		122,67 €	122,68 €		104,85 €	104,85 €		159,82 €	159,83 €	
70 ans	121,19 €	121,18 €		125,64 €	125,64 €		108,16 €	108,17 €		164,86 €	164,86 €	
71 ans	125,01 €	125,00 €		129,83 €	129,83 €		111,69 €	111,71 €		170,35 €	170,36 €	
72 ans	127,71 €	127,70 €		134,44 €	134,43 €		115,64 €	115,66 €		176,38 €	176,38 €	
73 ans	130,43 €	130,43 €		137,88 €	137,87 €		118,76 €	118,78 €		180,90 €	180,90 €	
74 ans	133,15 €	133,16 €		139,67 €	139,67 €		120,23 €	120,24 €		183,27 €	183,27 €	
75 ans	135,90 €	135,90 €		144,78 €	144,80 €		122,21 €	122,22 €		186,52 €	186,53 €	
76 ans	139,34 €	139,34 €		148,46 €	148,46 €		124,28 €	124,30 €		189,26 €	189,26 €	
77 ans	141,21 €	141,22 €		150,47 €	150,47 €		127,60 €	127,62 €		194,33 €	194,32 €	
78 ans	144,33 €	144,33 €		153,77 €	153,77 €		130,01 €	130,02 €		197,98 €	197,97 €	
79 ans	147,47 €	147,47 €		157,12 €	157,12 €		133,22 €	133,24 €		202,88 €	202,88 €	
80 ans et +	151,66 €	151,66 €		161,66 €	161,65 €		136,34 €	136,36 €		212,12 €	212,12 €	