



**MUTUELLE**

**DE PRÉVOYANCE ET DE SANTÉ**

16 rue de la Gare - 92320 CHATILLON

Tél : 01 42 31 03 03 - Fax : 01 42 31 29 65

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité  
SIREN N° 432 683 787



# **REGLEMENT MUTUALISTE**

## **Option surcomplémentaire**

**« RENFORT »**

**au 1<sup>er</sup> JANVIER 2026**

**CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 21 OCTOBRE 2025**

## **ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE**

Il s'agit d'une couverture « santé » qui intervient après le remboursement de tous les organismes complémentaires.

Elle est basée sur des allocations forfaitaires dans la limite des frais engagés, et elle n'intervient pas pour le montant du ticket modérateur, ni pour les actes en 100% santé. La Mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires.

Elle ne prend pas en charge :

- les pénalités prévues par la loi dans le cas du non-respect du parcours de soins ;
- les suppléments d'honoraires pour les actes codifiés par la Sécurité Sociale « Hors Parcours de Soins » ;
- ni les actes hors nomenclatures.

Elle exclut également les participations forfaitaires et les franchises mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

## **SECTION I – DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT**

### **ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUELEMENT**

L'adhésion prend effet :

- au 1<sup>er</sup> du mois si la demande parvient pour le 15 du mois en cours ;
- au 1<sup>er</sup> du mois suivant si la demande parvient après le 15 du mois.
- à la date de résiliation de l'organisme précédent dans le cadre de la résiliation infra-annuelle ; le cachet de la Poste faisant foi.

Le contrat est souscrit dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, tant que les conditions d'admission restent remplies. Une période de franchise, dite « de carence », de 3 mois est appliquée sur les prestations.

Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit au jour de sa naissance, et au plus tard dans les deux mois qui suivent l'événement.

### **ARTICLE 3 – RESILIATION**

#### **3.1 - Titulaire du contrat :**

La notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre, de préférence en recommandé ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;
- Soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Après un an d'adhésion, il peut être mis fin au contrat pour les raisons suivantes :

- à la demande de l'adhérent, à chaque échéance annuelle, tant pour lui-même que pour le conjoint et les ayants droit, au plus tard le 31 octobre ;
- dans le cadre de la résiliation infra-annuelle : pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie.
- La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice. Cette faculté n'est pas ouverte à un ayant-droit de l'adhérent.
- Le droit de dénonciation prévu au premier alinéa n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2<sup>o</sup> du III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.
- d'office dans l'hypothèse où les conditions d'admission ne seraient plus réunies ;
- à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

La garantie accordée au membre participant et ses ayants-droits par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. Les membres adhérents ou leurs ayants-droits coupables de fraude ou suspicion de fraude peuvent être exclus de la Mutuelle, exclusion prononcée par la Présidence de la Mutuelle qui se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice. Et de demander le remboursement des sommes indûment perçues.

#### **3.1 – Avant-droit :**

La résiliation de la couverture surcomplémentaire d'un ayant droit ne peut être demandée que par le membre participant. Elle doit être sollicitée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par le Code de la mutualité, au moins un mois avant la fin de l'année civile (date d'échéance annuelle du contrat) et au plus tard le 30 novembre. Cette résiliation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier suivant. Aucune prestation ne peut être servie pour l'ayant droit après la date d'effet de la résiliation de sa couverture sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

**Toute radiation de l'option « RENFORT » est définitive pour l'adhérent et les bénéficiaires inscrits au contrat.**

## **SECTION II – ADMISSION DES ADHERENTS**

### **ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADMISSION**

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques âgées de 16 ans et plus si elles remplissent les conditions suivantes :

- les assurés sociaux à titre individuel, ou en groupes d'entreprises (PME, PMI), les étudiants ;
- les travailleurs non-salariés (les chefs d'entreprise imposables au titre des BIC, les membres des professions libérales imposables au titre des BNC, leur « conjoint-collaborateur » non rémunéré, les gérants et associés de certaines sociétés). Ces personnes doivent être affiliées au régime social des non-salariés non-agricoles et être à jour du versement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.
- les conjoints ou les concubins des membres participants ;

### **Définition du statut enfant jusqu'à quel âge et sous quelles conditions :**

- Les enfants de moins de 18 ans à la charge du membre participant, de son conjoint ou de son concubin déclaré, tels qu'ils sont définis par la législation sur les assurances sociales ; ils peuvent être maintenus jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils fêtent leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, sur présentation chaque année d'un justificatif de scolarité, ou d'une attestation sur l'honneur de l'adhérent précisant qu'ils sont toujours à sa charge et à son domicile, s'ils ne poursuivent plus d'études. Ils ne pourront être maintenu au dossier du membre participant au-delà et seront radiés au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils fêteront leur 25<sup>ème</sup> anniversaire avec la proposition d'une adhésion à titre individuelle. **Voir tarification**
- Quel que soit leur âge, les enfants infirmes (càd : hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité) pris en compte dans le quotient familial et reconnus par la MDPH.

Le bulletin d'adhésion doit comporter les mentions obligatoires prévues par le Code de la Mutualité. Les membres participants doivent le signer, ce qui implique l'adhésion formelle aux statuts et règlements de la Mutuelle dont ils ont pris connaissance. L'adhérent doit justifier d'une couverture prenant en charge des prestations au-delà du 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Le conjoint peut être inscrit sur le même dossier à condition d'avoir la même couverture complémentaire. Dans le **cas contraire, l'adhésion doit être individuelle**.

**Aucune formalité médicale n'est exigée préalablement à l'adhésion.**

### **ARTICLE 5 – CATEGORIE DE BENEFICIAIRES**

Les différentes catégories sont :

- le membre participant dit « l'adhérent » ;
- le conjoint ;
- les enfants ;
- toute personne reconnue par la Sécurité Sociale comme ayant droit du membre participant ou du conjoint inscrit à la Mutuelle.

Lorsqu'un membre participant ne remplit plus l'une des conditions prévues à l'article 4 de ce règlement, il est obligatoirement radié ainsi que les membres de sa famille, en application de l'article 3 de ce règlement.

Les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la Mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille.

## ***SECTION III – COTISATIONS***

### **ARTICLE 6 – MONTANT DE LA COTISATION**

La cotisation est individuelle. Le montant de la cotisation est défini en fonction de l'âge du membre participant. L'application des tranches d'âge influant sur la cotisation s'apprécie au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la date anniversaire. L'ancienneté s'acquiert à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant l'appartenance à la mutuelle et s'apprécie à compter de l'adhésion en cours.

La cotisation évolue en fonction des augmentations générales décidées par le Conseil d'Administration et selon les tranches d'âges définies en annexe II. La cotisation inclue les taxes en vigueur. Elle fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, et est définie en annexe II du présent règlement. Tout rejet bancaire du fait de l'adhérent ou de chèque impayé entraîne **des frais forfaitaires de 10 €**.

Le paiement de la cotisation est effectué par périodes mensuelles vers le 10 de chaque mois à terme à échoir. Un prélèvement mensuel sur salaire peut être décidé d'un commun accord entre la Mutuelle et l'employeur quelle que soit l'option.

## ***SECTION IV – CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE***

### **ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS**

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Elles figurent en annexe I du présent règlement. Elles ont pour référence l'année civile. Elles sont versées sur présentation des décomptes des organismes complémentaires à la Sécurité Sociale qui doivent comporter leur remboursement, celui de la Sécurité Sociale ainsi que les frais engagés. Tout autre justificatif peut être demandé. Elles sont virées sur le compte où sont prélevées les cotisations. Seule la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale **ainsi que les codifications figurant sur leurs décomptes de remboursement** servent de référence pour le règlement des prestations. La Mutuelle se réserve le droit de faire effectuer des contrôles par des personnes ou des organismes accrédités. Les pièces justificatives permettant le règlement des prestations sont conservées par la Mutuelle pendant 2 ans après la date de paiement. Aucune réclamation concernant le paiement ne pourra excéder 6 mois après son versement. Sont exclus du droit aux prestations de la Mutuelle :

- les membres qui n'ont pas fourni les pièces justificatives inhérentes au type de prestations ;
- les accidents de travail ou de trajet.

### **ARTICLE 8 – PRINCIPE INDEMNITAIRE**

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

### **ARTICLE 9 – PRESCRIPTION**

Le délai de prescription au-delà duquel les membres ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires est fixé à deux ans à compter de la date de l'acte ou du fait motivant la prestation, dans les conditions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

### **ARTICLE 10 – CLOTURE DU DROIT A PRESTATIONS**

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## ***SECTION V – FOND SOCIAL***

### **ARTICLE 11**

Sur constitution d'un dossier avec pièces justificatives, la Commission « Prestations Exceptionnelles et Recours » peut allouer des prestations exceptionnelles aux adhérents et à leurs bénéficiaires dans des situations financières délicates liées à la maladie.

Pour être éligible à cette aide, l'adhérent doit :

- Avoir une ancienneté d'un an minimum,
- Être adhérent à la date des soins,
- Être à jour de ses cotisations.

## SECTION VI – DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 12 – INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

### ARTICLE 13 – MEDIATION

Toute réclamation relative à l'application des statuts et du règlement mutualiste est à adresser à l'attention du Président de la Mutuelle. Si le membre participant estime que la réponse apportée n'est pas satisfaisante, il peut présenter un recours auprès de la médiation de la Mutualité Française.

### ARTICLE 14 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LES ABUS

La Mutuelle a mis en place un dispositif de lutte contre la fraude et les abus par un usage inapproprié et détourné des garanties du contrat : contrôles internes, aléatoires adaptés et mis à jour régulièrement.

Ces dispositions peuvent :

- Nécessiter des délais supplémentaires de gestion, des demandes complémentaires d'information et de pièces justificatives des soins tant à l'adhérent qu'au professionnel de santé ;
- Entraîner des suspensions temporaires de paiement des prestations, des suspensions de Tiers Payant avec le professionnel de santé si suspicion, un contrôle médical afin de vérifier la réalité des dépenses de soins et conformité des soins.

En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ou de se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de santé et pourra radier l'adhérent (voir article 3 du présent règlement).

## ANNEXE I

### PRESTATIONS au 1<sup>er</sup> JANVIER 2026

EN FONCTION DE LA CODIFICATION DE LA SECURITE SOCIALE ET DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES –		
<b>OPTIQUE ACOUSTIQUE</b>	Optique sur verres et monture ou Chirurgie oculaire au laser ( <i>par an</i> )	200 €
	Lentilles ( <i>par an</i> )	100 €
	Audioprothèse ( <i>par an</i> )	550 €
<b>DENTAIRE</b>	Prothèse dentaire, inlay, implant dentaire (1)(2)** ( <i>par an</i> )	500 €
	Orthodontie ( <i>par an</i> )	400 €
<b>HOSPITALISATION ou SOINS AMBULATOIRES</b>	Chambre particulière et/ou dépassement d'honoraires et/ou acte de chirurgie (ADC) et/ou acte d'anesthésie (ADA) ( <i>par an</i> )*  <i>hors forfait journalier</i>	400 €
<b>MEDECINE</b>	Médecin généraliste ( <i>par acte</i> )	10 €
	Spécialiste ( <i>par acte</i> )	20 €
	Professeur codifié en C3 ( <i>par acte</i> )	40 €
	Médecine douce <b>(3)</b> par séance ( <i>3 par an tous spécialistes confondus</i> )	20 €
<b>PREVENTION</b>	Densitométrie osseuse ( <i>par an</i> )	40 €
<b>AUTRES</b>	Prothèse diverse / petit appareillage ( <i>par an</i> )	300 €
	Accouchement ( <i>1an d'adhésion</i> ) pour l'adhérent uniquement	200 €

\* uniquement pour les établissements conventionnés et/ou en cabinet.

\*\* **Bonus fidélité** : Au-delà de 3 ans d'adhésion le forfait est majoré de 10% - Au-delà de 5 ans d'adhésion le forfait est majoré de 20%

## **CONDITIONS PARTICULIERES - PRESTATIONS FORFAITAIRES**

**Ces prestations forfaitaires ne s'appliquent pas sur les actes « 100 % SANTE ».**

**Optique** : forfait annuel, sur prescription médicale uniquement et avec une prise en charge de la Sécurité Sociale.

**Chirurgie oculaire au laser** : forfait annuel pour une chirurgie non prise en charge par la Sécurité Sociale

**Lentilles** : forfait annuel, sur présentation de la facture accompagnée de la prescription de l'ophtalmologiste valide. **Nota** : Délai de validité d'une prescription médicale pour des lentilles : moins de 16 ans → 1 an ; plus de 16 ans → 3 ans.

**Prothèse dentaire ou inlay (1) ou Implant dentaire (2)** : forfait annuel, s'entend par les actes codés BR1, IMP, PA1, PF1, PFC, PDT, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire, sur présentation de la facture acquittée du praticien et du décompte de l'organisme complémentaire à la Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou une attestation de non prise en charge. **\*\*Bonus fidélité** : Au-delà de 3 ans d'adhésion le forfait est majoré de 10% - Au-delà de 5 ans d'adhésion le forfait est majoré de 20%

**Orthodontie** : forfait annuel sur présentation de la facture acquittée du praticien, du décompte Sécurité Sociale et du décompte de l'organisme complémentaire à la Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de prise en charge. Le fait générateur du remboursement des soins d'orthodontie est la date de fin de traitement, les semestres étant réglés par année civile.

**Hospitalisation (sauf long séjour) et/ou soins ambulatoires et/ou acte de chirurgie (ADC) et/ou acte d'anesthésie (ADA)** : forfait annuel concernant les frais d'hospitalisation, uniquement pour les établissements conventionnés par la Sécurité Sociale, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires, le lit d'accompagnement d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans et/ou les actes ADC, ADA, pratiqués en cabinet. Sont exclus tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

**Médecins généralistes** : participation pour tout dépassement d'honoraires ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin généraliste en cabinet. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures.

**Spécialistes** : participation pour tout dépassement d'honoraires ainsi que pour les actes techniques effectués par un spécialiste en cabinet. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures.

**Professeurs reconnus comme tels par la Sécurité Sociale avec une codification « APU ou C3 »** : participation pour tout dépassement d'honoraires ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin généraliste en cabinet. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures.

**Médecines douces (3)** : forfait par séance avec un maximum de 3 par an, sur présentation de la facture du professionnel de santé pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étio-pathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.

**Densitométrie osseuse** : forfait annuel sur présentation de la facture et de la prescription médicale.

**Prothèse diverse/petit appareillage** : forfait annuel après acceptation de la Sécurité Sociale, hors dentaire et auditif. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

**Forfait accouchement (si inscription de l'enfant à la naissance au dossier)** : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants. Le forfait est versé au 7<sup>ème</sup> mois d'inscription de l'enfant.

Le tableau des prestations indique les forfaits liés à des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant les actes 100% santé, les actes et établissements non conventionnés, les actes hors nomenclatures, la participation forfaitaire et la franchise annuelle qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les forfaits annuels s'entendent en année civile. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes.

TOUTE RADIATION A CETTE OTION EST DEFINITIVE

**COTISATIONS MENSUELLES au 1<sup>er</sup> JANVIER 2026**

<b>Cotisations mensuelles individuelles 2026</b>	
<b>Tranche d'âge de cotisation PAR PERSONNE</b>	<b>Gamme RENFORT 2026</b>
De 0 à 17 ans*	12.35 €
De 18 à 24 ans	13.20 €
De 25 à 29 ans	15.20 €
De 30 à 34 ans	16.20 €
De 35 à 39 ans	17.40 €
De 40 à 44 ans	18.65 €
De 45 à 49 ans	19.95 €
De 50 à 54 ans	21.35 €
De 55 à 59 ans	22.80 €
De 60 à 64 ans	24.45 €
De 65 à 69 ans	26.20 €
De 70 à 74 ans	28.05 €
De 75 à 79 ans	30.05 €
80 ANS ET PLUS	32.10 €
<b>Carence obligatoire 3 mois</b>	
<b>Droit d'adhésion : 18 €</b>	

\*Gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> enfant cotisant dans ces tranches d'âges de cotisation et ayant un statut enfant

Nota : le paiement de la cotisation mensuelle est affecté à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Une part de cette cotisation est individuelle et forfaitaire à laquelle s'ajoutent les taxes diverses, telle que la Taxe sur les Conventions d'Assurance.

