

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE



(Valant Conditions Générales)

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| ARTICLE 1 – PRÉAMBULE | 2 |
| ARTICLE 2 - LES INTERVENANTS | 2 |
| ARTICLE 3 – OBJET DE L’ADHESION | 2 |
| ARTICLE 4 – CONDITIONS D’ADHESION | 2 |
| ARTICLE 5 – MODALITES D’ADHESION | 2 |
| ARTICLE 6 – PRISE D’EFFET ET DUREE DE L’ADHESION | 3 |
| ARTICLE 7 – RESILIATION DE L’ADHESION | 3 |
| ARTICLE 8 – DECLARATIONS | 4 |
| ARTICLE 9 – LES GARANTIES | 4 |
| ARTICLE 10 – DELAIS D’ATTENTE5 | 6 |
| ARTICLE 11 – EXCLUSIONS | 6 |
| ARTICLE 12 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE | 7 |
| ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES | 7 |
| ARTICLE 14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT | 7 |
| ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME OBLIGATOIRE D’ASSURANCE MALADIE | 8 |
| ARTICLE 16 – PRESTATIONS | 8 |
| ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D’EXPERTISE ET ARBITRAGE | 9 |
| ARTICLE 18 – COTISATIONS | 9 |
| ARTICLE 19 – SUBROGATION | 10 |
| ARTICLE 20 – PRESCRIPTION | 10 |
| ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION | 11 |
| ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES | 11 |
| ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE | 11 |
| ARTICLE 24 - FONDS DE GARANTIE | 11 |
| ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION | 11 |
| TABLEAU DE GARANTIES | 13 |

ARTICLE 1 - PRÉAMBULE

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les garanties et prestations d'HUMANIA.

Auprès de la Mutuelle :

MILTIS
25 cours Albert Thomas 69003 LYON -
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817)

La Mutuelle délègue la gestion d'HUMANIA
au Gestionnaire :

ASRAMA GESTION, dont le Centre de Gestion est situé
au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades
84170 MONTEUX
RCS Lyon 842 565 111- N°Orias 18 006 620

La Mutuelle délègue la distribution d'HUMANIA
via son réseau d'intermédiaires à :

ASSUREMA
1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy
84170 MONTEUX
RCS AVIGNON 840 862 411- N°Orias 18 005 830

La convention d'assurance de groupe est régie par le Code de la Mutualité et la réglementation de la Sécurité sociale. Elle est gérée sous le numéro MMR 18.

La convention est composée des documents ci-dessous :

- la présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhèrent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable la convention auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

La convention est soumise à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 2 - LES INTERVENANTS

L'Adhèrent : Il s'agit de la personne physique qui souscrit à la présente adhésion et qui paye les cotisations.

Les Bénéficiaires/ayants droit : Ce sont la ou les personnes garanties par le présent contrat et définies aux Conditions particulières. Ils sont les bénéficiaires des prestations servies au titre de l'adhésion.

La Mutuelle : Il s'agit de la mutuelle dénommée MILTIS, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, qui paye les prestations.

L'Association : Il s'agit de l'association Régime Médicaux Prévoyance (RMP), souscriptrice de la convention d'assurance de groupe, à laquelle l'Adhèrent doit adhérer pour pouvoir souscrire une adhésion.

Le Gestionnaire : La Mutuelle délègue la gestion d'HUMANIA au Gestionnaire dont voici les coordonnées : **ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.**

Le Distributeur : La Mutuelle délègue la distribution d'HUMANIA au distributeur (via son réseau d'intermédiaires) dont voici les coordonnées : **ASUREMA - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.**

ARTICLE 3 - OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion à HUMANIA a pour objet de garantir le versement de prestations complémentaires à celles du régime obligatoire de la Sécurité Sociale pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés par l'Adhèrent et le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour bénéficier des garanties l'Adhèrent devra :

- adhérer à l'Association RMP
- résider en France métropolitaine, dans les DROM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français)
- être majeur civilement responsable,
- être affilié à un régime français d'Assurance Maladie obligatoire, en tant qu'Adhèrent principal ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 90 ans, pour les niveaux 1, 2 et 3
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 85 ans, pour les niveaux 4, 5 et 6

L'adhésion à la garantie entraîne de plein droit l'adhésion en qualité de membre participant à la mutuelle.

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 5 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Après avoir reçu et pris connaissance de la présente Notice d'information et du tableau des garanties, l'Adhèrent remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - son concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale renouvelable chaque année,
- son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité,

- ses enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'Adhérent ou son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
 - sans limite d'âge, si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le **nouveau-né doit être déclaré au Gestionnaire dans les 2 mois suivant sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.**

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la nullité de son adhésion soit prononcée.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de couverture qu'il a choisi.

L'ensemble des ayants droits bénéficient de la même combinaison de garantie que celle choisie par l'Adhérent principal à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'adhésion.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du gestionnaire du Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation.

La date d'échéance de l'adhésion est fixée à la date d'effet du contrat.

L'adhésion est reconduite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance de l'adhésion ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION »

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion. Cela signifie que la Mutuelle ne peut pas résilier l'adhésion.

ARTICLE 7 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1 - FORMES DE LA RÉSILIATION

Lorsque la résiliation est du fait de l'Adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée, par lettre recommandée électronique ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse du Gestionnaire **ASRAMA GESTION** - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades 84170 MONTEUX.

Lorsque la résiliation est du fait de la Mutuelle, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

7.2 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

7.3 - RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'Adhérent :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège d'ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le Gestionnaire confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- A l'échéance, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressée au Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de la demande de résiliation en fonction du support utilisé par l'adhérent.
- en cas de démission par l'Adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'Adhérent ;
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'Adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

7.4 - RÉSILIATION PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations (article L.221-7 du Code de la Mutualité), selon les modalités prévues à l'article « COTISATION ».

L'Adhérent en sera informé par courrier.

7.5 - RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En présence d'ayants droit, s'ils le souhaitent, une nouvelle offre leur sera proposée, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation,
- en cas de départ de la France métropolitaine ou des Départements ou Régions d'Outre-Mer, pour une durée supérieure à trois mois par an.
- en cas de dénonciation de la Convention d'assurance de groupe par l'Association ou la Mutuelle,
- en cas de cessation d'activité de l'Association.

ARTICLE 8 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

8.1 - À L'ADHÉSION

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

8.2 - EN COURS DE CONTRAT

L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à trois mois par an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs
- Les changements ou cessation d'affiliation d'un des bénéficiaires à un régime obligatoire,

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la Mutuelle pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 30 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à la Mutuelle, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En vertu de l'article L221-14 du Code de la Mutualité, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la cotisation payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, la Mutuelle pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de cotisation ou augmenter la cotisation à due proportion. Si cette

omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de cotisation payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si la Mutuelle avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent conformément à l'article L221-15 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 9 - LES GARANTIES

9.1 - CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, l'Adhérent principal et ses éventuels ayants droit doivent remplir les conditions d'adhésion prévues à l'article 3. Si tel n'était plus le cas, les garanties cesseraient de plein droit.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition, d'exécution des travaux et de paiement des actes doivent être également situées dans la période de garantie.

9.2 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention. **Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.**

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en Euros.

9.3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES

La garantie **HUMANIA** comporte plusieurs niveaux (Niveau 1 à Niveau 6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite des frais engagés,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction des modules et des niveaux de garanties choisis et indiqués sur le certificat d'adhésion.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- En Frais réels (FR),
- En montant exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul les équipements "optique" s'apprécient sur une période de deux ans

et les équipements "aide auditives" s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère la Mutuelle pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés, et au plafond de remboursement lié au cadre juridique du contrat responsable en cas de remboursements multiples. De convention expresse, la Mutuelle est de plein droit habilitée à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

9.4 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PAR POSTE DE GARANTIE

HOSPITALISATION

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté. Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation. **Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.**

FORFAIT MATERNITE OU ADOPTION :

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant par l'Adhérent, il sera versé à ce dernier le montant indiqué dans le tableau de prestations à **condition de fournir l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant dans les six (6) mois suivant l'événement.**

MEDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.

Conformément à la réforme dite « 100% santé », les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base. Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de deux ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières,

précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

Les plafonds dentaires (Niveaux 4 à 6) s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.

Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.

AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

ARTICLE 10 - DÉLAIS D'ATTENTE

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque bénéficiaire sans aucun délai d'attente.

ARTICLE 11 - EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Adhérent des prescriptions du médecin.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite « responsable » ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- I. La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;
- II. Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 12 - CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (articles L871-1, R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent.

ARTICLE 13 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

13.1 - À LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

Sous certaines conditions, l'Adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de couverture, au plus tard six mois avant la date d'échéance de l'adhésion, en écrivant à l'adresse du Gestionnaire.

Voici les conditions à respecter en cas de modification du niveau de couverture :

- la modification doit intervenir après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant.
- Le changement vers un niveau supérieur n'est plus possible si l'un des bénéficiaires a atteint l'âge de 85 ans.

La modification des garanties prendra effet à la date mentionnée sur l'avenant correspondant.

Toutes les modifications de garantie annulent le nombre de mois pris en compte pour la non consommation des forfaits ou le calcul des Bonus Fidélité.

13.2 - À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de la Mutuelle, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables». Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Adhérents au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à la Mutuelle de respecter un tel délai.

L'Adhérent sera informé par courrier simple, des modifications de garanties. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

En application des dispositions de l'article L.221-6 du code de la mutualité, il pourra dans un délai de 1 mois à compter de la réception de ces modifications, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

A défaut de dénonciation, les modifications sont acquises.

En cas de refus d'une modification par l'Adhérent, la notification doit être envoyée par l'Adhérent par écrit (article « RESILIATION DE L'ADHESION »). La cotisation ou le prorata de cotisation restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

ARTICLE 14 - AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

14.1 - À L'ÉCHÉANCE PRINCIPALE

L'Adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date échéance principale de l'adhésion, en prévenant la Mutuelle au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, en écrivant au Gestionnaire.

14.2 - HORS ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Ajout d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite (par mail ou par courrier) à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union),
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Sortie d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit (par mail ou par courrier) dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire) ?

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la Mutuelle pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit. **Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.** Dans ce cas, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

14.3 - AJUSTEMENT SUR LA COTISATION

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS

». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

ARTICLE 15 - ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, la Mutuelle se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 16 - PRESTATIONS

16.1 - REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des modules et du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit qui figure au certificat d'adhésion. Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au Gestionnaire.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le régime obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes sont disponibles en ligne dans l'espace personnel des Adhérents et peuvent être adressés par courrier sur demande de l'Adhérent.

DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par les bénéficiaires des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

16.2 - TÉLÉTRANSMISSION

La transmission des décomptes de remboursements des bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant au Gestionnaire.

L'Adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

16.3 - TIERS PAYANT

L'adhésion à **HUMANIA** permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'Adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ALMERYS ou sur simple demande au Gestionnaire.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à la Mutuelle les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

16.4 - JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer au Gestionnaire, **dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement**, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. En cas d'évolution de la

vue, il sera demandé une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou bien la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.
- La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat pour une consultation de médecine naturelle,
- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'Adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'Adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, la Mutuelle pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

16.5 - CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander à l'assuré, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'assuré doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. L'assuré a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que l'assuré a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre de l'assuré afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par l'assuré.

En fonction du résultat de ces contrôles, la mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :
- procède à la demande de restitution des frais versés à l'assuré le cas échéant ;

- se réserve le droit de procéder à la radiation du membre participant conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, l'assuré reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, la mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

ARTICLE 17 - CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

17.1 - CONTRÔLE DES DÉPENSES

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, la Mutuelle pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

17.2 - PROCÉDURE D'EXPERTISE

Les médecins et délégués missionnés par la Mutuelle auront le droit de venir constater l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

17.3 - ARBITRAGE

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que la Mutuelle a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur

simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18 - COTISATIONS

18.1 - MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est fixée dans la demande d'adhésion puis actualisée dans les avis d'échéance annuels. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des bénéficiaires, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des bénéficiaires.

La cotisation totale due par l'Adhérent correspond au cumul des cotisations de chaque bénéficiaire. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

18.2 - VARIATION DE LA COTISATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en raison des cas suivant :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- Changement de garanties,
- Ajout ou sortie d'ayant droit,
- Modification du régime d'assurance maladie
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée de plein droit conformément aux dispositions réglementaires.

18.3 - RÉVISION DE LA COTISATION

La Mutuelle peut être amenée à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur l'avis d'échéance annuel.

L'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

18.4 - PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à l'adhésion par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance à la date prévue sur le certificat d'adhésion.

18.5 - DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Gestionnaire adressera à l'Adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de rejet de prélèvement :

Un courrier sera adressé à l'Adhérent l'informant que la cotisation rejetée sera de nouveau prélevée le mois suivant. En cas de 2^{ème} rejet de la cotisation, les prélèvements cesseront et l'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard ainsi que les frais de représentation et les frais financiers qui seront à la charge de l'Adhérent.

18.6 - LOI MADELIN

Pour les Adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base de la convention référencée n° MMR 18. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'Adhérent doit, chaque année, fournir au Gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance et être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

ARTICLE 19 - SUBROGATION

En vertu du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions des Adhérents envers tout tiers responsable jusqu'à concurrence des prestations versées.

ARTICLE 20 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.221-11, L.221-12 et L.221-12-1 du Code de la Mutualité :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance 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, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand

l'action de l'Adhérent contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 21 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'Adhérent peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à reclamation@asrama.fr , en précisant son numéro d'Adhérent ;
- courrier adressé à **ASRAMA GESTION** - Service Réclamations - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro d'Adhérent.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'Adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 PARIS.

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier.

A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois.

Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

ARTICLE 22 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par **ASRAMA GESTION** font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'**ASRAMA**

GESTION, la mutuelle, et le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : **ASRAMA GESTION** - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou contact-cnil@asrama.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. **ASRAMA GESTION** se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

ARTICLE 23 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des organismes d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est : **L'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS92459 75436 Paris Cedex 09**

ARTICLE 24 - FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

ARTICLE 25 - DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance selon les modalités ci-après :

25.1 - EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

Conformément à l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité,

L'Adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant les délais de 14 jours précités.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'Adhérent*) demeurant à (*domicile principal*), désire bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion à la garantie **HUMANIA** N° (*numéro d'adhésion*) effectuée en date du (*date de la signature de la demande d'adhésion*), conformément à l'article L 221 - 18 - 1 du Code de la Mutualité.

Fait à (lieu de la signature), le (date de la signature)

Signature »

25.2 - EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

Conformément à l'article L.221-18 de Code de la Mutualité, l'Adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Si l'Adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, la Mutuelle sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'Adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse du Gestionnaire.

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation :

« Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion à la garantie **HUMANIA** citée en référence conclue en date du
Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à (lieu de la signature), le (date de la signature)

Signature de l'Adhérent. »

La Mutuelle rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application du contrat, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par la Mutuelle de la notification de la renonciation.

| | NIVEAU 1 | NIVEAU 2 | NIVEAU 3 | NIVEAU 4 | NIVEAU 5 | NIVEAU 6 |
|--|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| AGE LIMITE D'ADHÉSION | 90 ans | 90 ans | 90 ans | 85 ans | 85 ans | 85 ans |
| HOSPITALISATION (1) | | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Frais de séjour | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| • en secteur conventionné (2) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| • en secteur non conventionné | | | | | | |
| Honoraires | | | | | | |
| • Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100 % | 145 % | 145 % | 170 % | 195 % | 220 % |
| • Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100 % | 125 % | 125 % | 150 % | 175 % | 200 % |
| Chambre particulière (3) | - | 35€/jour | 40€/jour | 50€/jour | 50€/jour | 55€/jour |
| Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 14 ans (3) | - | 16€/jour | 16€/jour | 16€/jour | 16€/jour | 16€/jour |
| Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Forfait maternité ou adoption | - | 100€ | 140€ | 160€ | 170€ | 190€ |
| OPTIQUE (4) | | | | | | |
| PANIER 100% SANTE (**) | | | | | | |
| Équipement Classe A (1 monture et 2 verres) | Zéro reste à charge | | | | | |
| PANIER LIBRE | | | | | | |
| Équipement Classe B (1 monture et 2 verres) | | | | | | |
| • Équipement à verres simples | 100 % | 100 € | 120 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| • Équipement à verres complexes ou très complexes | 100 % | 200 € | 200 € | 200 € | 200 € | 250 € |
| • Équipement avec un verre simple et un verre complexe | 100 % | 150 € | 160 € | 175 € | 200 € | 250 € |
| Suppléments et prestations | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale (5) | 100 % | 100€ | 120€ | 150€ | 200€ | 250€ |
| Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (5) | - | 100€ | 120€ | 150€ | 200€ | 200€ |
| Chirurgie laser myopie (par oeil, par an, par bénéficiaire) | - | 100€ | 120€ | 150€ | 150€ | 200€ |
| DENTAIRE | | | | | | |
| PANIER 100% SANTE (**) | | | | | | |
| Soins et prothèses dentaires | Zéro reste à charge | | | | | |
| • Couronnes et bridges | Zéro reste à charge | | | | | |
| • Prothèses amovibles | Zéro reste à charge | | | | | |
| PANIER MAITRISE OU LIBRE | | | | | | |
| Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) | 100 % | 125 % | 150 % | 200 % | 200 % | 250 % |
| Prothèses dentaires (Inlays-onlays, parodontologie, Couronne, Bridge, Inlays-core, Prothèse amovible ou réparation) remboursés par la Sécurité sociale | 100 % | 125 % | 150 % | 200 % | 200 % | 250 % |
| Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire | 100 % | 125 % | 150 % | 200 % | 200 % | 250 % |
| Prothèses dentaires, implantologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale - actes hors nomenclature (5) | - | 100€ | 100€ | 125€ | 150€ | 200€ |
| Plafond annuel dentaire (hors soins incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé) (7) | Illimité | Illimité | Illimité | 800€ | 900€ | 1000€ |
| SOINS COURANTS | | | | | | |
| Honoraires médicaux | | | | | | |
| Consultations, visites, actes techniques généralistes | | | | | | |
| • Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 145% | 170% | 170% | 220% |
| • Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 125% | 150% | 150% | 200% |
| Consultations, visites, actes techniques spécialistes | | | | | | |
| • Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 125% | 150% | 150% | 200% |
| • Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 105% | 130% | 130% | 180% |
| Actes d'imagerie et d'échographie | | | | | | |
| • Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 145% | 170% | 170% | 220% |
| • Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 100% | 125% | 150% | 150% | 200% |
| Honoraires paramédicaux | | | | | | |
| Pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, sages femme | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % | 150 % | 200 % |
| Analyses et examens de laboratoire | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % | 150 % | 200 % |
| Médicaments | | | | | | |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Homéopathie remboursée par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Forfait Prévention : prise en charge de 50% des dépenses de prévention prescrites et achetées en pharmacie mais non remboursées par la Sécurité sociale. Forfait/an/bénéficiaire. | 55€ | 80€ | 110€ | 135€ | 160€ | 190€ |
| Matériel médical | | | | | | |
| Prothèses orthopédiques | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % | 150 % | 200 % |
| Autres appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médecine douce et compléments alimentaires | | | | | | |
| Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathe, Ostéopathe, Podologue, Phytothérapeute, Naturopathe, Auriculothérapeute - Maxi 3 actes/an | 15€/acte | 15€/acte | 15€/acte | 20€/acte | 20€/acte | 25€/acte |
| Forfait Bien être (complément alimentaires bio et phytothérapie) (6) (8) | 25€ | 75€ | 75€ | 90€ | 90€ | 90€ |
| Cures thermales prise en charge par la Sécurité sociale | | | | | | |
| Honoraires | | | | | | |
| - Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 150% | 200% | 250% | 300% | 350% |
| - Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé (*) | 100% | 130% | 180% | 200% | 200% | 200% |
| Frais d'établissement | 100% | 150% | 200% | 250% | 300% | 350% |
| Frais de transport et hébergement (6) | - | - | 110 € | 160 € | 215 € | 270 € |
| AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille (9) | | | | | | |
| PANIER 100% SANTE (**) | | | | | | |
| Équipement Classe 1 | Zéro reste à charge | | | | | |
| PANIER LIBRE | | | | | | |
| Équipement Classe 2 | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % | 150 % | 200 % |
| Piles et entretien - par bénéficiaire | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| SERVICES | | | | | | |
| Assistance (selon convention RMA) | OUI | OUI | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Protection juridique (selon convention CFDP) | OUI | OUI | OUI | OUI | OUI | OUI |

Les remboursements sont exprimés :

- En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et incluent la prise en charge du régime de base.
 - En euros en complément de l'éventuelle part de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire.
- Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

⁽¹⁾ En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

⁽²⁾ **Limité à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie). Au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.**

Pour les maisons de repos et de convalescence suite à une hospitalisation : prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

⁽³⁾ **La prise en charge est exclue dans les établissements non conventionnés dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie).**

Dans les autres cas, la prise en charge est limitée à 60 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire.

⁽⁴⁾ **Équipement : 1 monture + 2 verres dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.**

Conformément à la réforme, le **PANIER 100% SANTE** prévoit des verres et des montures aux prix limités (**30€ pour les montures**), sans reste à charge pour les Adhérents (équipements de classe A).

Les Adhérents peuvent toujours choisir d'autres équipements, dans le **PANIER LIBRE** (équipements de classe B). **Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€.**

L'Adhérent peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, **remboursement plafonné à 100€**) ou inversement.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.

- **Verres simples** : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- **Verres complexes** : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- **Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

⁽⁵⁾ **Montant maximal par année d'adhésion et par bénéficiaire. Les prestations "Lentilles acceptées" et "Lentilles refusées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Lorsque le forfait en euros des lentilles acceptées par la Sécurité Sociale est épuisé, la prise en charge se fera à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.**

⁽⁶⁾ Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire

⁽⁷⁾ Plafond par année d'adhésion et par bénéficiaire. **Si le plafond est atteint, les postes de garanties seront limités à 100% du tarif de responsabilité.**

⁽⁸⁾ Le complément alimentaire Bio est une denrée dont le but est de fournir un complément de nutriments ou de substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique (vitamines, sels minéraux, acides gras et acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans le régime alimentaire normal d'un individu. La phytothérapie est un produit naturel sous forme de gélules à base de plantes cryobroyées, d'oligoéléments ou minéraux, vitamines orthomoléculaires. Mode d'administration : voie orale. Les factures originales devront comporter le nom complet du produit.

⁽⁹⁾ **Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.**

^(*) **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrise (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

^(**) **Tels que définis réglementairement.**

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr)

- ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

MILTIS : Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)