

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

PROTECT *Santé*

(Valant Conditions Générales)

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MMR 18 entre :

- **d'une part l'Association RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.**
- **et d'autre part l'organisme assureur MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON.**
- **Ce contrat est ouvert aux membres de l'association RMP.**

La distribution du contrat est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA, 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy- 84170 MONTEUX.

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION – 243 Avenue Cugnot – ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MMR 18, souscrit par l'association RMP auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

LEXIQUE

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PRÉVENTION

Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les actes sont les suivants :

1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :

L'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes,

N'intervienne qu'une fois par dent,

Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14ème) anniversaire.

2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) (SC12).

3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4) Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)

Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)

Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)

Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)

Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie (CDQP002)

6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.

7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :

Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,

Coqueluche : avant 14 ans,

Hépatite B : avant 14 ans,

BCG avant 6 ans,

Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS : Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- son conjoint
- leurs enfants à charge :
- âgés de moins de 18 ans
- âgés de 18 à 26 ans sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et qu'ils n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage et sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au pôle emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire du membre participant ou celui de son conjoint.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

GRAND APPAREILLAGE : Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et es véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

DÉLAI D'ATTENTE : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

GARANTIE DE BASE : il s'agit de l'ensemble des niveaux hors renforts optionnels.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à la garantie Protect Santé.

MUTUELLE : Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE : Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

PETIT APPAREILLAGE : Le petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc., hors pansements et optique médicale. (Titre II chapitre 1 de la LPPR).

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente.

Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB) : Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations. Régime général de la sécurité sociale, régime sécurité sociale des indépendants, régime des exploitants agricoles, régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux.

RENFORT OPTIONNEL : il s'agit de garanties facultatives souscrites par le membre participant en complément de la garantie de base.

TICKET MODERATEUR (TM) : Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (y compris renforts optionnels), sauf dérogation dans la notice d'information. Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

FRAIS PRIS EN CHARGE	PROTECT 1	PROTECT 2	PROTECT 3	PROTECT 4	PROTECT 5
HOSPITALISATION (SECTEUR CONVENTIONNÉ ET SECTEUR NON CONVENTIONNÉ, HORS MATERNITÉ)					
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires :					
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	120 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels illimités	Frais réels illimités	Frais réels illimités	Frais réels illimités	Frais réels illimités
Chambre particulière en secteur conventionné uniquement ⁽¹⁾	Néant	40 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour
MATERNITÉ (SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ)					
Frais de séjour	100 % BRSS	120 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS
Honoraires :					
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	120 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Chambre particulière	Néant	40 €/jour	55 €/jour	70 €/jour	85 €/jour
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations, visites généralistes Praticiens adhérents ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Consultations, visites spécialistes					
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	120 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Imagerie médicale et échographie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie :					
• Praticiens adhérents ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Analyses et examens de laboratoires	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Transport pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel médical (dont petit et grand appareillage)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Fournitures et accessoires pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
DENTAIRE ⁽²⁾					
Soins et prothèses du panier 100% santé*	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors panier 100% santé					
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) et parodontologie pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
Prothèse dentaire, inlay-onlay, inlay-core, implantologie prise en charge par le régime de base	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
Orthodontie prise en charge par le régime de base (par semestre)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Plafond dentaire (hors soins) par bénéficiaire incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé	600 €/an	700 €/an	800 €/an	1 000 €/an	1 200 €/an
OPTIQUE					
Équipement (1 monture ⁽³⁾ + 2 verres) de classe A, B ou mixte ⁽⁴⁾ dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ⁽⁵⁾ ou en cas d'évolution de la vue tous les ans.					
Équipement du panier 100% santé* verres et montures de classe A ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations hors panier 100% santé					
• Monture + 2 Verres simples ⁽⁷⁾	100 % TM	130 €	160 €	190 €	250 €
• Monture + verre(s) complexe(s) ⁽⁸⁾ et/ou verre(s) très complexe(s) ⁽⁹⁾	100 % TM	225 €	250 €	300 €	350 €
• Suppléments et prestations (prisme, système antipostopis, verres iséconiques, appareillage et adaptation)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles prescrites et prises ou non prises en charge par le régime de base (par bénéficiaire)	100 % BRSS	40 €/an	60 €/an	80 €/an	100 €/an
Chirurgie réfractive, laser (par œil et par bénéficiaire)	100 % BRSS	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
AIDES AUDITIVES (DANS LA LIMITE D'UN ÉQUIPEMENT PAR OREILLE TOUS LES 4 ANS)					
Équipement du panier 100% santé. Prothèses auditives : Aides auditives de classe I	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses auditives hors panier 100% santé					
Aides auditives de Classe II	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Autres prestations liées aux aides auditives	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
CURE THERMALE (PRESCRITE ET PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE BASE)					
Cure thermique : minimum 21 jours	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
ACTES DE PREVENTION					
Actes de prévention pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

PACK CONFORT ⁽⁹⁾ (APPLICABLE À L'ENSEMBLE DES NIVEAUX)					
Vaccins antigrippe	7 €/an	Bilan nutritionnel ⁽¹⁰⁾	50 €/an	Consultation Médecine naturelle ⁽¹¹⁾ (limite de 4 séances/an/bénéficiaire)	15 €/séance
Vaccins prescrits et non pris en charge par le régime de base	50 €/an	Sevrage tabagique	75 €/an	Dermatologue (uniquement sur les actes hors nomenclature et sur prescription médicale)	50 €/an
Médicaments prescrits et non pris en charge par le régime de base	50 €/an	Pédicure/Podologue ⁽¹⁰⁾	30 €/an	Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par le régime de base	40 €/an

Renforts Optionnels

		PRISE EN CHARGE	DANS LA LIMITE DE
RENFORT 100	Sur les garanties Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé), petit et grand appareillage	100 % BRSS + 100 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
	Autres médecines, sur facture acquittée et/ou ordonnancée ⁽¹¹⁾	30 €/an /bénéficiaire	
RENFORT 200	Sur les garanties Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé), petit et grand appareillage	100 % BRSS + 100 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
	Autres médecines, sur facture acquittée et/ou ordonnancée ⁽¹¹⁾	30 €/an /bénéficiaire	
RENFORT 300	Sur les garanties Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé), petit et grand appareillage	200 % BRSS + 100 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
	Autres médecines, sur facture acquittée et/ou ordonnancée ⁽¹¹⁾	30 €/an /bénéficiaire	
RENFORT 400	Sur les garanties Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé), petit et grand appareillage	200 % BRSS + 100 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
	Autres médecines, sur facture acquittée et/ou ordonnancée ⁽¹¹⁾	30 €/an /bénéficiaire	
RENFORT 500	Sur les garanties Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé), petit et grand appareillage	300 % BRSS + 100 €/an/bénéficiaire	550 €/an/bénéficiaire
	Autres médecines, sur facture acquittée et/ou ordonnancée ⁽¹¹⁾	30 €/an /bénéficiaire	
- Optique (Équipement composé de 2 verres, lentilles, traitements laser et opérations). Toutefois, pour l'équipement optique uniquement (1 monture + 2 verres), le forfait en euros est alloué pour une période de deux ans sauf pour les mineurs ⁽⁵⁾ ou en cas d'évolution de la vue tous les ans. - Dentaire (Prothèses, orthodontie, implants, parodontologie et appareillage) - Prothèses médicales (Prothèses auditives, capillaires, orthopédie, petit et grand appareillage) - Autres médecines (Actes d'acupuncture, d'ostéopathie, d'homéopathie, d'étiopathie)			

(1) Chambre particulière (hors maternité) :

Pour les hospitalisations médicales, chirurgicales (hors psychiatrie) :

● Le nombre de jours indemnisés est illimité.

Pour les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation :

● Le nombre de jours indemnisés est limité à 30 jours par an et par bénéficiaire.

Pour les hospitalisations en ambulatoire, en psychiatrie, ou en établissement non conventionnés :

● La chambre particulière est exclue.

(2) Lorsque le plafond dentaire est atteint au cours de l'année civile, la prise en charge des frais dentaire est limitée à 100 % BRSS (y compris prise en charge du régime de base).

(3) Monture : la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) (hors monture classe A).

(4) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(5) Mineurs de 16 ans au plus.

De plus,, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les mineurs jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage du mineur entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les périodes de deux, un et six mois s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

(6) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.

(7) Définition de la correction verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(8) Définition de la correction verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; PTION ECO

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(9) Définition de la correction verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(10) Dans la limite de 150 € par an et par bénéficiaire, tous postes confondus.

(11) Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

* Tels que définis réglementairement

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Protect Santé a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Elle intervient en complément du régime de base.

Le membre participant a également la possibilité de compléter sa garantie de base par la souscription d'un renfort optionnel (cf. descriptif des prestations). En aucun cas le renfort optionnel ne peut être souscrit séparément de la garantie de base.

DELEGATION DE DISTRIBUTION ET DE GESTION

La distribution de la garantie Protect Santé est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA, 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion administrative de la garantie Protect Santé est confiée à ASRAMA GESTION dont le Centre de gestion est situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, ci-après dénommé le Gestionnaire.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHESION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, le membre participant doit être âgé d'au moins 18 ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion à la garantie et d'au plus 90 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.**

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie (garantie de base et renfort optionnel), 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 (cf. lexique).

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.

FORMALITÉS D'ADHESION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

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.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".

A Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DELAI D'ATTENTE

• **Garantie de base**

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

• **Renforts optionnels**

Lorsque la souscription du renfort optionnel intervient simultanément avec la garantie de base, aucun délai d'attente n'est applicable.

En cas de souscription ultérieure, un délai d'attente de trois (3) mois est applicable.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

• **Garantie de base**

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande.

La demande de modification de la garantie, adressée au Gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.

La modification de la garantie vaut pour le membre participant et ses ayants droit affiliés le cas échéant.

• **Renforts optionnels**

Le membre participant peut demander à adhérer à un des renforts optionnels au moment de son adhésion à la garantie de base ou à tout autre moment pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. En cas de souscription non simultanée avec la garantie de base, un délai d'attente de trois (3) mois est applicable.

Après un an d'adhésion à un des renforts optionnels, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande. La demande de modification d'un des renforts optionnels, adressée au Gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.

L'adhésion ou la modification à un des renforts optionnels vaut pour le membre participant et ses ayants droit affiliés le cas échéant. Lorsque le membre participant opte pour un niveau supérieur, un délai d'attente de trois (3) mois est applicable à compter de la prise d'effet de la modification. Aucun délai d'attente n'est applicable lorsque le membre participant opte pour un niveau inférieur.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant de plus de 18 ans cessant d'être scolarisé, divorce etc.) sur présentation d'un justificatif ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "**Risques exclus**".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

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 prises en charge.

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 choisit 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.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE ET LENTILLES)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire à compter de la date d'effet de la garantie.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT LENTILLES

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile. Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

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 Limité 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 1 à 5) 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, l'implantologie 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 Limité de Vente (PLV) 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.

ACTES D'AUTRES MEDECINES

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations (toutes spécialités confondues identifiées dans le descriptif de prestations).

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

PACK CONFORT

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

RENFORTS OPTIONNELS

Ces renforts ont pour but d'améliorer le niveau de remboursement prévu pour certains postes de garanties dans le cadre de la garantie de base. Les montants, les plafonds ainsi que les modalités de prise en charge sont précisés dans le descriptif des prestations de chacun des renforts optionnels.

La prise en charge des dépenses, en fonction des postes de garanties inclus dans les renforts optionnels, n'intervient que dans la limite du reste à charge dû par le bénéficiaire des prestations.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois mois par an**. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

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.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des

prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.**

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale. Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie le cas échéant, Audioprothèse et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le 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 prouvée celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, 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, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations 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 le bénéficiaire des prestations 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 du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

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 au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations 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, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par le gestionnaire ou la mutuelle ;

- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

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 ;
- 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 la 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.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

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

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite au siège d'ASRAMA GESTION - 43 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.

- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) adressée à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre). La résiliation de la garantie de base entraîne automatiquement et simultanément la résiliation du renfort optionnel souscrit par le membre participant ;
- en cas de démission par le membre participant de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par le membre participant ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et du régime de base.

L'âge retenu est par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance des bénéficiaires des prestations.

La gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant (ayant droit à charge du membre participant ou de son conjoint), cesse au 1^{er} janvier de l'année de ses 18 ans ou de ses 26 ans s'il est scolarisé, en apprentissage ou en alternance. A partir de cette date, l'enfant devra souscrire son propre contrat d'assurance santé complémentaire.

Cas particulier :

- le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1^{er} janvier de l'année des 20 ans du bénéficiaire des prestations. A partir de cette date, il se verra appliquer une cotisation adulte.

- à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 90 ans, la cotisation du bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle adressera au membre participant 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.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment 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.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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, l'organisme d'assurance, 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-cnll@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.

AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75456 PARIS CEDEX 09.

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).

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Article L 221-12 du Code de la mutualité : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant 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 de membre participant ;
- courrier adressé à ASRAMA GESTION - Service Réclamations - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de membre participant.

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.

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)