

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Génésia

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n°E04248815 entre :

- d'une part, le souscripteur l'Association RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) - Association régie par la Loi de 1901, enregistrée à la Préfecture du Vaucluse sous le n°W843003480, située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

- et d'autre part l'organisme assureur AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°775 627 391), dont le siège social est situé 4 Rue du Général Foy - 75008 PARIS.

- Ce contrat est ouvert aux membres de l'association RMP.

La distribution du contrat est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA - Intermédiaire d'assurance - RCS d'Avignon sous le n°840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION: Gestionnaire de produits d'assurances - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - située au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

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°E04248815, souscrit par l'association RMP auprès de AÉSIO mutuelle, 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 l'Assurance Maladie Obligatoire 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 mois (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000427319>).

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

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.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – BRSS

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement ses ayants-droit affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- son conjoint,
- leurs enfants âgés jusqu'à leurs 18 ans,
- les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26 ans :
 - S'ils poursuivent des études, apprentissage y compris (le certificat de scolarité ou le contrat d'apprentissage, ou de professionnalisation, devra être produit) ;
 - S'ils sont en recherche d'un premier emploi, à condition que soit présenté chaque mois une attestation de Pôle Emploi ;
- les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé (sur justificatifs).

BULLETIN D'ADHÉSION

Document contractuel formalisant la volonté du membre participant de bénéficier pour ses ayants droits et lui-même d'un niveau de garantie et d'un tarif.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document non contractuel 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.

DÉLAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties s'appliquent partiellement ou ne s'appliquent pas. Ce délai court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE

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'honoraires.

GARANTIE DE BASE

Il s'agit de l'ensemble des niveaux. Le membre participant a le choix entre 5 niveaux. Les garanties sont réparties en 3 pôles (Pôle soins courants et Aides auditives ; Garanties Plus, Pôle Hospitalisation, Pôle Dentaire et Optique) et les « plus » ASSUREMA.

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

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique adhérent à l'association souscriptrice qui adhère à la garantie GÉNÉSIA qui « en ouvre le droit à ses ayant-droit ».

MUTUELLE

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

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 l'Assurance Maladie Obligatoire 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

TICKET MODERATEUR (TM)

Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie GÉNÉSIA 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

DÉLÉGATION DE GESTION

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

VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHÉSION

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 ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Par ailleurs, pour pouvoir adhérer à la garantie, le Membre participant doit être âgé de 18 ans au moins et de 80 ans au plus au 1er janvier de l'année de l'adhésion. Le Membre participant doit par ailleurs adhérer à l'association souscriptrice du contrat.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle se réserve le droit, à tout moment, de demander au Membre participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire

PRÉSENTATION DES GARANTIES

Descriptif des pôles et des niveaux de couverture

La gamme GÉNÉSIA permet au membre participant de composer la garantie santé la mieux adaptée à lui, ainsi qu'à chacun de ses ayants droit. Elle est composée de trois pôles :

- le pôle dénommé « Soins courants, auditifs et préventifs ; Garanties Plus » ,
- le pôle dénommé « Hospitalisation » ,
- le pôle dénommé « Optique/Dentaire »

Dans chacun de ces pôles, il existe 5 niveaux de couverture.

Choix des pôles et des niveaux de couverture

Le membre participant ne peut pas dépasser deux niveaux de différence entre les trois pôles souscrits (« Soins courants, auditifs et préventifs ; Garanties Plus », « Hospitalisation », « Optique/Dentaire »).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Bulletin 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 quatorze (14) 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 trente (30) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de trente (30) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

La vente à distance est définie comme toute commercialisation de produit sans la présence physique simultanée du consommateur et du distributeur, exclusivement au moyen d'une ou de plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier postal).

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 quatorze (14) 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

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 adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de quatorze (14) 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).

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier ou courriel de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et N° de membre participant], demeurant à [Lieu] 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 sous le format JJ/MM/AAAA].

A [Lieu], Le [Date],

[Signature]

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

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

La demande de modification de la garantie, adressée au Gestionnaire, devra se faire par écrit : signé de la part du Membre participant et donnera lieu à l'envoi, à son attention d'un nouveau certificat d'adhésion actant de cette modification.

En cas de changement de niveau au sein de la garantie, les prestations et plafonds du nouveau niveau s'appliquent.

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 l'Assurance Maladie Obligatoire 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 prend effet à la date mentionnée au bulletin d'adhésion jusqu'au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

CHANGEMENT DE 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 jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 26 ans ayant arrêté ses études ou trouver un emploi, 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 du département de résidence ;
- D'un changement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- D'un changement de compte bancaire débité.

Les modifications relatives au changement de situation du bénéficiaire des prestations prennent effet au premier jour du mois suivant la demande.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de l'Assurance Maladie Obligatoire 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.

Pour répondre aux exigences légales et réglementaires et permettre au membre participant de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés à ce régime collectif de prévoyance, la garantie mise en oeuvre est une garantie dite « responsable » (voir définition en annexe). Le caractère responsable du régime nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. La mutuelle pourra en conséquence adapter les prestations en fonction de ces exigences.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)

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

PÔLE SOINS COURANTS, AUDITIFS ET PREVENTIFS ; LES GARANTIES PLUS

Médicaments

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

Cures thermales

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge.

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 de l'Assurance Maladie Obligatoire. A ce titre, une fois le remboursement effectué par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 (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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 l'Assurance Maladie Obligatoire, s'applique depuis le 1er janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

GARANTIES PLUS

Prime de naissance ou d'adoption

Versement d'un forfait exprimé dans le tableau de garantie en fonction du niveau choisi. La Mutuelle verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité de l'adhérent est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le versement de la prime est conditionné par l'adhésion de l'enfant sur le contrat de membre participant dans les trois (3) mois qui suivent sa naissance.

Les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants.

Indemnité des frais d'obsèques

Le membre participant et ses ayants droits bénéficient d'une garantie « indemnité de frais d'obsèques », garantie indemnitaire, qui a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Garantie

Le montant de l'indemnité dépend du niveau de garantie souscrit et est précisé au tableau des garanties.

L'attention du membre participant est spécialement attirée sur le point suivant : le montant de l'indemnité est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

Le montant de la garantie est versé, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit inscrits au bulletin d'adhésion, sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur.

Bénéficiaire(s) de la garantie

Le bénéficiaire de la garantie « indemnité de frais d'obsèques » est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient.

En cas de pluralité de bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

Pour le paiement de l'allocation obsèques, le bénéficiaire de la garantie devra adresser à ASRAMA GESTION le bulletin de décès du membre participant ou de son ayant droit et la facture des frais d'obsèques dûment acquittée.

ASRAMA GESTION se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives au traitement du dossier.

Exclusions

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie :

Le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L. 223-9 du Code de la mutualité).

Les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris, crimes, des faits de guerre civiles et étrangères, la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.

Délai de versement des prestations

En cas de décès de l'assuré, les prestations garanties sont réglées au(x) bénéficiaire(s) personne(s) physique(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, l'allocation obsèques est revalorisée à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat.

Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'information et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et Consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

Information annuelle

La Mutuelle procédera aux communications annuelles prévues par l'article L 223-21 du Code de la mutualité.

PÔLE HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations du pôle hospitalisation, 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. Correspondent à des 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.

PÔLE OPTIQUE-DENTAIRE

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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire. 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 garantie 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 2 (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.

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 ;
- 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 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 3 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

LES « PLUS » ASSUREMA

La garantie comprend également en inclusion :

- l'Assistance,
- la Protection juridique,
- Médecin direct

La description de l'assistance et la protection juridique est détaillée dans les notices d'information correspondantes. La consultation médicale se fait via le service Médecin direct : www.medecindirect.fr.

L'ACTION SOCIALE

La mutuelle et en cas de dépense médicale trop lourde, le membre Participant peut solliciter l'intervention du fond de secours de la mutuelle. Un dossier est à compléter, il porte sur la nature de la demande. Selon les possibilités financières et les ressources du Membre Participant, des aides sont versées pour le financement de matériel médical, par exemple.

Ce fonds social est géré par le conseil de la section territoriale, selon des règles d'attribution et dans les limites d'un budget décidé par le Conseil d'Administration. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois (3) mois par an**. Toutefois, le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS).

Sauf dispositions contraires prévues dans le tableau des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

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.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les droits du membre participant doivent être ouverts. Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui d'un de ses ayants droit de son choix. Lorsqu'elle est prévue dans le tableau des garanties, la prime de naissance est versée uniquement au membre participant. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié par la production d'une facture ou note d'honoraires. La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

CONSULTATION DES PRESTATIONS

Le Membre participant a la possibilité de consulter ses remboursements de soins sur l'espace ADHERENTS via le site www.asrama.fr.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle ou son délégataire de gestion pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre Assurance Maladie Obligatoire. 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 l'Assurance Maladie Obligatoire 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 documents listés ci-après et acquittés pour les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ; soit :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittés,
- pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné : la facture et le décompte de l'assurance Maladie,
- pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privé : la facture acquittée,
- pour de l'optique et du dentaire : le devis accepté et la facture acquittée,
- pour une consultation Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie ... ; la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée.
- pour la prise en charge des vaccins : la prescription médicale (sauf pour le vaccin grippal) et la facture acquittée du pharmacien,
- pour une densitométrie osseuse : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour une chirurgie de la myopie : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour une Fécondation In Vitro / Périurale : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour les prothèses et l'appareillage : la facture acquittée,
- pour les médicaments prescrits non remboursés : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour le forfait maternité : un extrait d'acte de naissance,
- en cas d'adoption : un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- pour le forfait obsèques : la facture acquittée indiquant les coordonnées de la personne qui a assumé les frais,
- pour les actes de prévention : la prescription et la facture acquittée,
- pour le remboursement de frais de soins d'origine accidentelle : toutes les pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par la Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- pour les cures thermales : la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.
- 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.

DATE DES SOINS

La date des soins prise en compte est celle retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire sur le décompte. En l'absence de prise en charge par l'AMO, la date des soins retenue est celle figurant sur la facture acquittée.

Plus précisément, les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste,...) : date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite. Le calcul de l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation prend en considération les prestations payées dans l'année civile en fonction de la date des soins telle qu'elle est définie ci-dessus.

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, prothèses auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de tiers payant pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

L'organisme assureur s'autorisera, par l'intermédiaire du gestionnaire, à recouvrer les sommes indues payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

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 la mutuelle ou son gestionnaire ;
- 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 ; 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 l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux de garanties.
- Les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, s'ils ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.
- 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 ;
- La franchise des 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 indemnités 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.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle et un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu de l'Assurance Maladie Obligatoire 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 :

- En cas de résiliation du contrat collectif par l'association
- Dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- Dès que le Membre participant bénéficie du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire ;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation suite à un démarchage ou à de la vente à distance conformément aux dispositions de l'article « Droit de renonciation » de la présente Notice ;
- 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, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information modifiée.
- 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 - 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.

- 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 deux (2) 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) ;
- En cas de non-paiement des cotisations (Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS »).

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

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le membre participant, signifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile (soit le 31 octobre). La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année. Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- En cas de modification de ses droits et obligations, le membre participant peut demander la radiation de ses ayants-droit dans un délai d'un mois à compter de la remise, par la Mutuelle, de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de radiation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux droits et obligations.
- En cas de changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La radiation prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.
- La résiliation du membre participant entraîne la résiliation des ayants droit.

EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou utilisant leur carte de tiers-payant sans être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut-être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux Statuts de la Mutuelles.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement indûment perçus.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fixé en 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Cas particuliers :

- le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1er 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.
- Gratuité de la cotisation enfant à partir du 3^{ème} enfant

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par le membre participant. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel (sauf paiement par chèque qui ne peut être 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 de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, 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 dix (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.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de dix euros.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant reconnaît avoir été informé par le gestionnaire, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'association souscriptrice du contrat collectif.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

Le membre participant est informé que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Entreprise. La Mutuelle est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.
La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : contact-cnif@asrama.fr.
- par mail à l'adresse suivante : ASRAMA GESTION - à l'attention du DPO - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnif.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au membre participant toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'adhésion ou à sa modification.

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 - 75436 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, concernant garantie obsèques, la prescription est de 10 ans.

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.

CONTROLE

Avant ou après le paiement des prestations, l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

L'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire, se réserve également le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire,.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de l'organisme assureur.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à l'organisme assureur l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire,, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire et le membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour l'organisme assureur et le membre participant.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

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 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.

Cette subrogation s'exerce pour toutes sommes versées par la Mutuelle au Membre participant ou à ses ayants droit : Tant les prestations versées au titre d'une réparation indemnitaire totale ou partielle, que les autres prestations versées sous formes d'indemnités forfaitaires dont le mode de calcul est fixé à l'avance.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis, n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être adressée au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- E-mail adressé à : reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro de contrat ;
- Courrier adressé au Service Réclamations d'ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de contrat.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite et répondra au membre participant dans un délai maximum de deux (2) mois après envoi de la réclamation écrite.

En l'absence de réponse dans le délai précité, ou en cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant et ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de la FNMF, dans le délai d'un (1) an suivant l'épuisement des voies de recours internes de la Mutuelle selon les modalités suivantes :

- Soit par courrier : Médiateur de la FNMF – Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <http://saisine.mediateurmutualite.fr>.

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.

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

AÉSIO mutuelle : Assureur du contrat

4 Rue du Général Foy - 75 008 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 775 627 391)

REGIMES MEDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) : Souscripteur du contrat collectif - Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

ANNEXE 1 - Qu'est-ce qu'une garantie responsable ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1°) Des prises en charge obligatoires :

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (= **100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an ;
- la prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée ;
- la prise en charge de l'intégralité du forfait patient urgence.

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) **et**

doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(*) Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3°) Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives :

• **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

• **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro »), tels que définis dans la LPP, au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de quatre (4) ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés.
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,

¹ Liste des Produits et Prestations

- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

4°) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficiaire du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

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

AÉSIO mutuelle : Assureur du contrat

4 Rue du Général Foy - 75 008 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 775 627 391)

REGIMES MEDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) : Souscripteur du contrat collectif - Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX