

**Notice  
d'information  
valant  
Conditions  
Générales**

→ **Santé TNS**

Assuré d'avancer



Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a été conclu entre :

**L'ASSOCIATION** dénommée au certificat d'adhésion, d'une part,

et

**Groupama Gan Vie**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 €

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

ci-après dénommé « L'ASSUREUR », d'autre part.

Ce contrat est régi par le code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants ainsi que par l'article L.144-1 dudit code. Le régime fiscal des cotisations et des prestations est déterminé à l'article 154 bis du code général des impôts. Vos déclarations servent de base à l'application des garanties. Il est précisé que ce contrat remplit les conditions posées par la réglementation en vigueur relative aux « **contrats solidaires et responsables** ».

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur prend effet au 1<sup>er</sup> avril 2015, pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. **Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

### **Prescription :**

En application de l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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 ignorée jusque là.

En application de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'assureur à vous-même en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### **Renonciation :**

En application de l'article L.112-9 du code des assurances, vous aurez la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de votre certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) (*nom prénom*) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat « SANTE – LOI MADELIN » (nom de contrat et/ou n° d'adhésion à préciser) et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.112-9 du code des assurances. » (*Date et signature*)

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur.

Dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'assureur est tenu de vous rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivants la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.



# Sommaire

<b>TITRE I – GÉNÉRALITÉS</b>	<b>4</b>
Article 1. Objet du contrat.....	4
Article 2. Définitions.....	4
<b>TITRE II – EXÉCUTION DU CONTRAT</b>	<b>10</b>
Article 3. Adhésion des membres de l'association contractante.....	10
Article 4. Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion.....	10
Article 5. Personnes garanties.....	10
Article 6. Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties .....	11
Article 7. Cessation de l'adhésion et des garanties .....	11
Article 8. Information des adhérents.....	12
Article 9. Réclamation – Médiation – Informatique et Libertés .....	12
<b>TITRE III – COTISATION</b>	<b>14</b>
Article 10. Cotisation.....	14
<b>TITRE IV – RÉVISION</b>	<b>15</b>
Article 11. Révision .....	15
<b>TITRE V – REMBOURSEMENT DES FRAIS MALADIE – MATERNITÉ PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>	<b>15</b>
Article 12. Nature des remboursements.....	15
Article 13. Montant des remboursements .....	17
Article 14. Risques exclus.....	18
Article 15. Règlement des prestations.....	18

<b>TITRE VI – AUTRES INDEMNITÉS</b>	<b>20</b>
Article 16. Naissance .....	20
Article 17. Cure thermale .....	20
<b>TITRE VII – SERVICES TIERS PAYANT ET RESTE À CHARGE</b>	<b>20</b>
Article 18. Tiers payant.....	20
Article 19. Calcul par l'assureur des frais restant à la charge de l'assuré .....	21
<b>ANNEXE 1. GARANTIE CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>22</b>
<b>ANNEXE 2. TEXTE RÉGLEMENTAIRE</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE 3. TABLEAU DES GARANTIES (REMISE CONCOMITAMMENT À LA NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)</b>	



# Titre I – Généralités

## Article 1 – *Objet du contrat*

Ce contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale, a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé que vous engagez et, sous réserve d'une inscription dans la catégorie « Famille », de ceux qui sont engagés par vos ayants droit définis à l'article 2 ci-après.

La présente notice d'information valant conditions générales est complétée d'une part par une annexe 3 intitulée « Tableau des garanties » indiquant notamment la ou les formules de garanties proposée(s), les montants de prestations y afférents, et d'autre part, par un certificat d'adhésion prévu à l'article 3 ci-après.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 12, au titre VI et à l'annexe 3 précitée. Ils sont classés selon leur nature (maladie - maternité, prévention,...).

Des services (Assistance, Infos santé ...) peuvent être proposés sous réserve de mentions en ce sens au certificat d'adhésion.

## Article 2 – *Définitions*

Pour l'application du contrat, les définitions suivantes sont retenues :

**ACCIDENT :** Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**ADHÉRENT :** Vous-même en tant que membre de l'association contractante, dans la mesure où vous répondez aux conditions d'adhésion prévues à l'article 3, adhérez au contrat et :

- exercez votre activité en tant que :
  - ✓ entrepreneur individuel (artisan, commerçant ou industriel) ;
  - ou
  - ✓ membre d'une profession libérale exerçant à titre individuel ou au sein d'une Société Civile Professionnelle (SCP) ;
  - ou
  - ✓ gérant majoritaire de SARL, de SELARL ou de SNC ou de gérant associé unique d'EURL.

Le gérant doit être une personne physique, désigné par un acte de la société.

Est considéré comme gérant majoritaire de SARL ou de SELARL au sens du contrat :

- le gérant unique de SARL, de SELARL ou de SNC qui possède, avec son conjoint et ses enfants mineurs non émancipés, la majorité des parts sociales ;
- le gérant de SARL, de SELARL ou de SNC membre d'un collège de gérance qui possède, avec les autres gérants, la majorité des parts sociales.
- relevez d'un Régime obligatoire de protection sociale non agricole en qualité de Travailleur non-salarié ;
- êtes imposé à l'impôt sur le revenu dans la catégorie BIC ou BNC ou relevez de l'article 62 du code général des impôts au titre des revenus issus de cette activité ;
- êtes âgé de 67 ans ou moins à la date de signature de votre demande d'adhésion.

**AN (PAR AN) ou (PAR PÉRIODE D'UN AN) / (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) :** Sauf stipulation contraire expresse figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties » du contrat ou application des dispositions spécifiques ci-dessous concernant certains frais d'optique, la mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

Pour le poste « Optique », en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes (soit pour un équipement complet 2 verres + 1 monture), la période d'un an ou de 2 ans (selon le cas) prise en considération par l'assureur pour l'application de la garantie est décomptée à partir de la date d'acquisition d'un 1<sup>er</sup> équipement complet par la personne assurée ou d'un 1<sup>er</sup> élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.

**AUXILIAIRES MÉDICAUX :** Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical

**AYANT(S) DROIT :** Pour l'application des dispositions du contrat, peuvent être considérés comme ayants droit, votre conjoint, partenaire ou concubin et enfant(s) à charge (tels que définis au présent article).

Si vous souhaitez garantir vos ayants droit au titre de votre adhésion au contrat (catégorie « Famille ») et selon le Régime obligatoire de protection sociale dont ils dépendent, deux possibilités d'adhésion vous sont offertes.

- **Vos conjoint ou partenaire ou concubin et enfant(s) à charge relèvent tous du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez en qualité d'ayant droit** : Dans ce cas, vous pouvez demander à bénéficier du contrat ci-après dénommé « **Madelin 1** » et vous bénéficiez de la déductibilité de cotisation liée à l'article 154 bis du code général des impôts pour l'intégralité de la cotisation.
- **L'un de vos ayants droit, au moins, relève de son propre Régime obligatoire de protection sociale** : Dans ce cas, vous pouvez demander à bénéficier du contrat ci-après dénommé « **Madelin 2** » ou « **Madelin partiel** ».

Dans le cadre du contrat « Madelin 2 » :

- vous bénéficiez de la fiscalité liée à l'article 154 bis du code général des impôts pour la seule fraction de la cotisation afférente à votre propre couverture,
- la fraction de la cotisation afférente à la couverture de **l'ensemble de vos ayants droit** (y compris ceux qui relèvent de votre Régime obligatoire de protection sociale en qualité d'ayant droit) n'ouvre droit à aucune déductibilité fiscale.

**Par ailleurs, vous vous engagez par avance à déclarer à l'assureur toute modification du Régime obligatoire de protection sociale de l'un de vos ayants droit, dès que celle-ci intervient.**

Si vous ne souhaitez pas que vos ayants droit soient garantis au titre du contrat, vous pouvez demander à bénéficier du contrat « Madelin 1 » uniquement pour vous-même (catégorie « Isolé »).

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 2 ».

**BASE DE REMBOURSEMENT (BR)** : Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

**CHIRURGIE AMBULATOIRE** : Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : chirurgie de jour

**CHIRURGIE RÉFRACTIVE** : Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

**CONCUBINAGE** : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

**CONCUBIN** : Pour l'application des dispositions du contrat :

Personne avec laquelle vous vivez en concubinage :

- dans la mesure où vous et votre concubin partagez le même domicile, êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS) et qu'une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité sociale (ou celui de chacun des intéressés) est adressée à l'assureur,

et :

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « *Madelin 1* » : ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez.
- dans le cadre d'une adhésion au contrat « *Madelin 2* » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 2 ».

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du Régime obligatoire de protection sociale en vertu du premier alinéa de l'article L.161-14 du code de la Sécurité Sociale, ou le plus âgé, sera retenu.

**Si vous vous mariez ou remariez ou si vous concluez un PACS, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.**

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

**CONJOINT :** Votre conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement :

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » : ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez.
- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 2 ».

**CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS :** Contrat prévu par la convention médicale nationale (avenant n° 8 agréé par arrêté du 29 novembre 2012) auquel peuvent adhérer les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

En adhérant à ce contrat, le médecin prend l'engagement de limiter ses dépassements d'honoraires et peut, en contrepartie, appliquer certaines majorations tarifaires prises en compte par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer le montant de son remboursement.

**CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » :** Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale figurant en annexe 2 à la présente notice d'information valant conditions générales :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R.322-1 du code de la Sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas

obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par ledit article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
  - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins,
  - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge de frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
  - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et / ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement,
  - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause, le remboursement de la monture au montant maximum de garantie règlementairement prévu à cet effet,
  - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

**En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale :**

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les Régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R.871-1 du code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
    - n'a pas choisi de médecin traitant,ou
  - consulte un médecin hors parcours de soins,
- ou encore
- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours, l'autorisation d'avoir accès à des informations conte-



nues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et / ou de le compléter.

- **tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les Régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonné et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 euro conformément aux dispositions de l'article R.322-9-2 du code de la Sécurité sociale.

- **Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D.322-5 du code de la Sécurité sociale, à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments,
- 0,50 euro par acte paramédical,
- 2 euros par trajet pour les transports sanitaires.

**DEVIS :** Document établi par les professionnels de santé présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Adressé par vos soins à l'assureur, ces devis permettent à ce dernier de calculer les éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et du remboursement potentiellement dû au titre de votre adhésion, vous permettant de déterminer le montant des frais restant à votre charge pour les postes audioprothèse, optique et dentaire.

**ENFANT À CHARGE :** Votre enfant et/ou celui de votre conjoint, partenaire ou concubin :

- *dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » :* ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez,

- *dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » :*

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant de votre Régime obligatoire de protection sociale ou de celui de votre conjoint, partenaire ou concubin ;
- âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture maladie universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 2 ».

**ÉVOLUTION DE LA VUE :** Dans le cadre du présent contrat, pour l'application des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale reproduit en annexe 2 à la présente notice d'information valant conditions générales, la justification d'une évolution de la vue entraînant pour les personnes assurées âgées de plus de 18 ans, la prise en charge par l'assureur d'une paire de lunettes (soit 2 verres + 1 monture) par période d'un an au lieu de deux, résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci devant être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par l'assureur.

**HOSPITALISATION :** Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

**IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :** L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse.

Hormis la prothèse, l'implantologie n'est pas remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

**INLAYS ET ONLAYS :** Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

**MALADIE :** Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**MATERNITÉ :** Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

**MÉDECIN TRAITANT :** Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

**MÉDECIN CORRESPONDANT :** Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

**MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ :** Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

**NOMENCLATURE :** Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins et chirurgiens dentistes (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;

- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

**ORTHODONTIE :** Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

**PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ - PACS :** Un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

**PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :** Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

**PARODONTOLOGIE :** Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Les traitements parodontaux visent à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

**PARTENAIRE :** Personne avec laquelle vous êtes liée par un PACS :

- *dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » :* ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez,

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 2 ».

**PERSONNE(S) ASSURÉE(S) :** L'adhérent et le cas échéant ses ayants droit tels que définis ci-avant et si vous avez retenu la catégorie « Famille ».

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE :** Régime obligatoire de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés et éventuellement, dans le seul cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » pour vos conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge, le régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés ou le régime de Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

**SOINS DE VILLE :** Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

**TICKET MODÉRATEUR :** Somme, telle que définie au I de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement

retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissé à la charge de l'assuré social par son Régime obligatoire de protection sociale.

**TIERS PAYANT :** Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse de vous même et/ou de vos ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont vous bénéficiez au titre du contrat complémentaire santé.

Toutefois, si vous même et/ou vos ayants droit inscrits au contrat souhaitez obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>



## Titre II – Exécution du contrat

### Article 3 – Adhésion des membres de l'association contractante

#### 1 - ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 2, demandant à adhérer au contrat.

Toutefois, après accord de l'assureur et sous réserve de mention particulière au certificat d'adhésion au contrat, d'autres membres de l'association contractante pourront être autorisés à adhérer au contrat.

#### 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- remplir une demande d'adhésion précisant le contrat choisi « Madelin 1 », ou « Madelin 2 » et fournir les renseignements concernant la formule de garanties demandée ;
- justifier auprès de l'association contractante dont vous êtes membre, que vous êtes à jour du paiement de vos cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont vous relevez, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat qui complète la présente notice d'information valant conditions générales et son annexe 3 « tableau des garanties ».

Le certificat d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la catégorie « Isolé/Famille » retenue ;
- le cas échéant, la formule de garantie souscrite ;
- le taux de cotisation correspondant.

### Article 4 – Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion à condition qu'il soit régularisé et retourné à l'assureur dans les délais prévus.

Sous réserve des dispositions prévues au 3 de l'article 10 et à l'article 11, l'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet et **se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.** Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celle de l'article 7.

**Toute modification des garanties ou des cotisations que vous demandez ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier d'un exercice moyennant un préavis de 2 mois.** Ce changement est soumis à l'accord de l'assureur et donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat. **Les diminutions de garanties ne sont pas autorisées sauf accord de l'assureur.**

En outre, en cours d'adhésion, vos droits et obligations peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. Vous serez dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

### Article 5 – Personnes garanties

#### 1 - CONTRAT « MADELIN 1 »

Selon votre choix et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées :

- à vous seul à l'exclusion de vos ayants droit, vous êtes alors rattaché à la catégorie « **Isolé** »,
- à vous-même et à vos ayants droit, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « **Famille** ».

Vous choisissez votre rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories Isolé/Famille et pouvez demander à changer votre rattachement dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 6 ci-après.

#### 2 - CONTRAT « MADELIN 2 »

Dans le cadre du contrat « Madelin 2 », vous et vos ayants droit êtes systématiquement rattachés à la

catégorie « **Famille** ». Vous devez déclarer si vos ayants droit bénéficient de votre Régime obligatoire de protection sociale en qualité d'ayant droit ou de leur propre Régime obligatoire de protection sociale. Il est rappelé que la fraction de la cotisation afférente à la couverture de **l'ensemble de vos ayants droit** (y compris ceux qui relèvent du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez en qualité d'ayant droit) n'ouvre droit à aucune déductibilité fiscale. En cours d'adhésion, vous pouvez demander à changer votre rattachement dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 6 ci-après.

## **Article 6 – Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties**

### **1 - PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT**

En ce qui vous concerne, l'inscription prend effet à la même date que l'adhésion au contrat. L'inscription de vos ayants droit prend effet, sous réserve d'un rattachement à la catégorie « Famille » et du paiement des cotisations :

- à la même date que pour vous-même ;
- à la date de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, ...) ou de naissance d'enfants ;
- à la date du terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit ;  
**sous réserve, dans ces deux derniers cas, que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification,**
- au 1<sup>er</sup> janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté ;
- et en outre, en cas de demande ultérieure de rattachement à la catégorie Famille, dans les conditions du paragraphe 3 ci-après.

### **2 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

Les garanties prennent effet pour vous-même et vos ayants droit à la date d'inscription au contrat telle qu'elle est prévue ci-dessus.

**Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.**

### **3 - CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES OU DE CATÉGORIE**

Vous pouvez demander en cours d'adhésion :

- à changer votre formule de garanties à effet du 1<sup>er</sup> janvier d'un exercice comme il est prévu à l'article 4 ;
- à changer votre rattachement à la catégorie « Isolé » ou « Famille ».

Ce changement de catégorie (qui pourra donner lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat) prendra effet de la façon suivante :

- immédiatement en cas de changement de situation de famille ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit,
- au 1<sup>er</sup> janvier suivant dans les autres cas.

**Au titre du contrat « Madelin 2 », vous vous engagez à déclarer à l'assureur toute modification du Régime obligatoire de protection sociale d'un ayant droit, dès que celle-ci intervient.** Dès lors que l'ensemble de vos ayants droit bénéficieront de votre Régime obligatoire de protection sociale en qualité d'ayant droit, cette modification donnera lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat « Madelin 1 ».

## **Article 7 – Cessation de l'adhésion et des garanties**

### **1 - CESSATION DE L'ADHÉSION**

Votre adhésion au contrat cesse :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez demandé la cessation de votre adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur 2 mois au moins avant cette date ;
- à la date de résiliation du contrat ;
- si vous cessez d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois ;
- à la date de cessation de votre activité en qualité de Travailleur non salarié ;
- à la date de liquidation de votre pension du régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de votre Régime obligatoire de protection sociale ;
- dans les conditions prévues au 3 de l'article 10 si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées.

Toutefois, à la date de liquidation de votre pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale ou à la date de résiliation du contrat, l'assureur vous proposera un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur. Dans ce cas, vous ne pourrez pas bénéficier de la fiscalité liée à l'article 154 bis du code général des impôts.

## 2 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin, pour vous et vos ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue contractuellement.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions du paragraphe 3 de l'article 10 ;
- à la date de votre rattachement à la catégorie « Isolé » ;

et au plus tard :

- Pour votre conjoint : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive, ou  votre partenaire : à la date de rupture du PACS, ou  votre concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage.
- Pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21<sup>ème</sup> anniversaire ou leur 28<sup>ème</sup> anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la CMU ou s'ils sont en contrat d'apprentissage. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

En outre, **dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 »**, les garanties de vos ayants droit cessent en tout état de cause à la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayant droit au titre de votre Régime obligatoire de protection sociale.

**Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.**

## Article 8 – Information des adhérents

Il est rappelé que la présente notice d'information valant conditions générales est établie par l'assureur et remise à l'adhérent avec l'annexe 3 « Tableau des garanties » (cf. article 1) et le certificat d'adhésion (cf. article 3).

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L.141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et envoyer ce courrier.

## Article 9 – Réclamation – Médiation – Informatique et Libertés

### 1 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

L'ensemble des coordonnées des services et site Internet visés au présent article est précisé au certificat d'adhésion.

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, vous-même ou vos ayants droit pouvez vous adresser à votre conseiller habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette demande n'est pas satisfaite, vous pouvez adresser votre réclamation au service « Réclamations » de l'assureur.

Dans ces deux cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu et sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice, vous-même ou vos ayants droit pourrez recourir au médiateur de l'assureur.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès de votre conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet.

### 2 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Protection des données personnelles

Les données personnelles vous concernant et concernant vos ayants droit sont traitées dans le respect de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la conclusion et à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance. A l'exception des données de santé, elles sont destinées au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur, à ses mandataires, prestataires ou sous-traitants, aux réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre de dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, vos données peuvent être transmises à des organismes de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant à l'assureur dont les coordonnées figurent au certificat d'adhésion.

#### **Recueil et traitement des données de santé**

Vous-même ou vos ayants droit acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre (leur) santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

Si vous utilisez la carte Vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser à l'assureur un relevé d'information pour permettre la mise en oeuvre des prestations du contrat. Vous autorisez également, l'échange d'informations avec votre Régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

Vous-même et votre ayant droit disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations médicales vous concernant en vous

adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur.

#### **Prospection commerciale**

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales de l'assureur pour des produits et services analogues (assurances et services) à ceux dont vous bénéficiez, et adaptés à vos besoins, ainsi que de ses partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier votre choix en vous adressant à l'assureur.

#### **Enregistrement des appels téléphoniques**

Vous-même et/ou vos ayants droit pouvez être amenés à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur vous informe que vos appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à votre égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré.

Si vous-même ou un ayant droit avez été enregistré et souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à l'assureur dont l'adresse est indiquée au certificat d'adhésion. Il vous sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de conservation de ces enregistrements.

#### **Transfert d'informations hors de l'Union Européenne**

Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en oeuvre des garanties, et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant vous-même et/ou vos ayants droit peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union Européenne ou situés hors Union Européenne, ce dont vous êtes informés par les présentes dispositions et que vous autorisez de manière expresse.



## Titre III – Cotisation

### Article 10 – Cotisation

#### 1 - FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation déterminée en pourcentage du salaire plafond **annuel** de la Sécurité sociale. La cotisation étant payable trimestriellement et d'avance, elle est exprimée au certificat d'adhésion en pourcentage du salaire plafond **trimestriel** de la Sécurité sociale en vigueur lors de chaque échéance. Pour toute adhésion en cours de trimestre, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour du mois de l'adhésion et l'échéance trimestrielle suivante. La cotisation cesse d'être due à la fin du mois de la cessation d'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

#### 2 - AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente aux garanties du contrat est révisée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la Santé et des résultats techniques enregistrés (rapport « sinistres à cotisations »). A compter du jour où vous avez connaissance d'une majoration des taux de cotisation applicables, vous aurez la possibilité de résilier votre adhésion au contrat dans un délai de 30 jours.

A cet effet, vous devez adresser à l'assureur une lettre recommandée. Un mois après l'envoi de cette lettre, l'adhésion au contrat sera résiliée. Toutefois, si ce délai d'un mois expire au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra alors effective au 31 décembre de l'exercice civil considéré, à 24 heures.

#### 3 - DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

En application des dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, vous adresser une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, vous êtes exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du code des assurances.





## Titre IV – Révision

### Article 11 – Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle de la Sécurité sociale. Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UNCAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » : l'assureur indiquera les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les condi-

tions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L112-3 du code des assurances. En cas de refus, l'assureur vous adressera une lettre recommandée vous informant de la résiliation de votre adhésion au contrat.

- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale : l'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si vous ne donnez pas suite à la proposition de l'assureur ou refusez expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier votre adhésion au contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée. L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.



## Titre V – Remboursements des frais maladie – Maternité – Prévention et santé au quotidien

### Article 12 – Nature des remboursements

L'assureur rembourse les frais de santé engagés en France ou dans l'un des autres pays membres de l'Union européenne sous réserve que ces frais soient pris en charge par un régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés.

Ouvrent également droit à remboursement par l'assureur au titre du contrat, les frais de santé engagés dans les pays (autres que ceux visés ci-dessus) pour lesquels le Régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations en application d'une convention de Sécurité sociale conclue entre la France et le pays tiers concerné.

Les actes pris en compte par l'assureur sont définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française.

#### 1 - ASSURANCE MALADIE - MATERNITÉ

L'assureur rembourse, dans les limites indiquées à l'article 13 ci-après et de l'annexe 3 « Tableau des garanties », les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance **Maladie - Maternité**.

Certains frais non pris en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale et mentionnés ci-après sont remboursés par l'assureur.

Les actes et frais pris en compte par l'assureur sont les suivants :

**A – Hospitalisation médicale.  
Hospitalisation chirurgicale – Actes et  
Frais de chirurgie (y compris Chirurgie  
ambulatoire) – Maternité – Hospitalisation  
à domicile.**

- Frais de séjour.
- Honoraires des praticiens.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).
- Forfait journalier des établissements hospitaliers laissé à la charge des assurés par les Régimes obligatoires de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.

**Sous réserve de mention expresse à l'annexe 3 « tableau des garanties » et au certificat d'adhésion, la garantie « Hospitalisation chirurgicale-Frais de chirurgie » peut être limitée au montant du ticket modérateur quelle que soit la formule choisie pendant les trois premiers mois suivants l'adhésion au contrat.**

**Cette limitation de garantie ne sera toutefois pas appliquée lorsque :**

- l'adhésion fait suite sans interruption à un contrat antérieur offrant une garantie de même nature,
- ce délai aura été écoulé entre la date de la demande d'inscription ultérieure des ayants droit et la date d'inscription fixée au 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande conformément aux dispositions du paragraphe 3 de l'article 6 de la présente notice d'information valant conditions générales.

**B – Médecine générale – Spécialités –  
Analyses médicales – Appareillages –  
Prothèses (hors optique et prothèses  
dentaires) - Orthopédie –Petite chirurgie**

- Consultations médicales et visites médicales du généraliste ou du spécialiste.
- Actes de petite chirurgie.
- Actes de pratique médicale courante.
- Actes d'auxiliaires médicaux.
- Frais de déplacement des professionnels de santé.
- Frais de garde-malade pour soins à domicile, sur prescription médicale.
- Frais d'analyses médicales, travaux de laboratoires.
- Frais d'appareillages, de prothèses (hors optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé).

- Actes de radiologie, de neuropsychiatrie.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).

**C – Pharmacie**

- Frais pharmaceutiques prescrits médicalement

**D – Optique**

- Frais de verres, de monture et de lentilles.

**E – Dentaire**

- Frais de soins,
- Prothèses dentaires,
- Frais d'orthodontie.

**Sous réserve de mention spéciale figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties », les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge par l'assureur :**

- Le forfait journalier des établissements médico-sociaux, pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.

Les frais de chambre particulière en chirurgie ambulatoire sont également pris en charge par l'assureur. **Sauf mention contraire expresse en ce sens à l'annexe 3 « Tableau des garanties »,** cette prise en charge s'effectue dans les mêmes limites de montant de prestation que celles prévues au contrat pour les frais de chambre particulière engagés lors d'une hospitalisation comportant au moins une nuitée.

- Les frais d'accompagnement d'une personne assurée hospitalisée. Les frais pris en considération comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge à ce titre par l'assureur les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « maisons de parents ».
- Les actes ou frais d'ostéopathie et de chiropraxie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, lorsque les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfont aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.
- Les consultations diététiques non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.
- Les lentilles correctrices prescrites médicalement figurant à la nomenclature mais non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

- Les frais de chirurgie réfractive non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.
- Les frais supplémentaires de traitement particulier des verres dans la limite des plafonds de remboursement par équipement prévus à l'annexe 3 « Tableau des garanties ». **Toutefois, les frais engagés pour les traitements de teinte des lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge par l'assureur.**
- Les actes d'orthodontie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.
- Les frais de prothèses dentaires non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,  
**Toutefois, les frais de prothèses dentaires provisoires ne sont pas pris en charge par l'assureur.**
- Les frais de parodontologie et implantologie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.
- Les frais de procréation médicale assistée.

## 2 - PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

L'assureur prend en charge dans les conditions figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties », les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du Régime obligatoire de protection sociale.

**De plus, sous réserve de mention spéciale figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties »,** sont également pris en charge dans les conditions définies par ces mêmes dispositions particulières:

- le sevrage tabagique pour les traitements n'ouvrant pas droit à remboursement de la part du Régime obligatoire de protection sociale.
- les frais de moyens contraceptifs et de vaccins prescrits médicalement, mais non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

### Article 13 – Montant des remboursements

Le remboursement des frais et actes énumérés à l'article 12 - Nature des remboursements, est déterminé, **acte par acte**, par l'assureur, **et dans la limite des frais réellement engagés.**

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué à l'annexe 3 « Tableau des garanties ».

**Sur mention expresse figurant** à l'annexe 3 « Tableau des garanties », pour les frais d'optique et dentaires, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès d'opticiens ou de chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire avec lesquels il n'existe pas d'engagement.

**Cela étant, vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix.**

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone qui vous est indiqué sur les documents qui vous sont communiqués par l'assureur et, le cas échéant, mises à votre disposition sur l'espace client sécurisé qui vous est dédié sur le site internet de l'assureur.

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées, la personne assurée (qu'il s'agisse de vous-même ou de l'un de vos ayants droit) peut bénéficier, lorsque l'ensemble des conditions requises sont remplies, d'une garantie « Casse et Réparation », tant que l'adhésion au contrat est en vigueur et pendant une période maximale de 10 ans. Les conditions de mise en jeu et les modalités d'application de cette garantie figurent en annexe 1 à la présente notice d'information valant conditions générales.

**Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et / ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation relative aux « contrats responsables » indiqués à l'article 2 ci-dessus, sont applicables dans le cadre du présent contrat.**

#### AUTRES LIMITES CONCERNANT LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS :

- **En ce qui concerne les actes pour lesquels le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé, l'assureur établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer sa prestation.**
- **En aucun cas, l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale.**
- **La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime**

**obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.**

- Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse à l'annexe 3 « Tableau des garanties », que le montant des remboursements des frais d'optique tient compte pour certaines dépenses du fait que ces frais ont été engagés auprès d'opticiens ou de chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire avec lesquels il n'existe pas d'engagement :
  - en ce qui concerne les frais de lunettes, le montant maximum pris en charge par l'assureur par période d'un an ou par période de 2 ans (suivant le cas), tel qu'il est indiqué à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie, est déterminé, pour un équipement complet (soit 2 verres + 1 monture), en fonction du professionnel de santé consulté à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément (soit les verres, soit la monture) de l'équipement considéré.
  - en ce qui concerne les frais de lentilles cornéennes, le montant maximum annuel pris en charge par l'assureur tel qu'il est indiqué à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie, est déterminé, en fonction du professionnel de santé consulté à la date de la première dépense engagée.
- Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie, que le montant des remboursements des frais dentaires tient compte pour certaines dépenses du fait que ces frais ont été engagés auprès de chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire auprès de chirurgiens dentistes avec lesquels aucun engagement n'a été passé, le montant maximum annuel pris en charge par l'assureur, tel qu'il est indiqué à l'annexe 3 « Tableau des garanties », est déterminé chaque année civile, individuellement pour chacun de ces 2 postes, en fonction du professionnel de santé consulté à la date de la première dépense engagée.

**ASSURANCES CUMULATIVES :**

**Les remboursements du Régime obligatoire de protection sociale, de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous et votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation**

**en vous adressant à l'organisme de votre choix. SOUS PEINE DE DECHEANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION. La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.**

**SUBROGATION :**

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121-12 du code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

**Lorsque vous ou votre ayant droit êtes victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de votre assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.**

**DISPOSITION APPLICABLE POUR CHACUN DES CAS DE DÉCHÉANCES DE GARANTIES PRÉVUES CI-DESSUS :**

**Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.**

**Article 14 – Risques exclus**

*Seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie - Maternité. Toutefois, sur mention spéciale figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties », certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale peuvent être pris en charge par l'assureur.*

*Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf mention spéciale figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties », étant toutefois rappelé que les prothèses dentaires provisoires ne sont jamais prises en charge par l'assureur.*

## Article 15 – Règlement des prestations

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'assureur dans un délai de trois mois suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation ou à la fin de chaque période de trois mois pour les maladies de longue durée.

Les prestations dues par l'assureur au titre du présent contrat sont payables en France et en euros.

Sauf dans le cas de télétransmission à l'assureur, par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale, auxquels l'adhérent ou l'ayant droit doit joindre une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce Régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

En outre, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres (les prothèses dentaires et l'orthodontie) ainsi que, lorsqu'ils sont garantis par le contrat sur mention expresse en ce sens à l'annexe 3 « Tableau des garanties », pour les actes et traitements dentaires non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (l'implantologie, la parodontologie,...), le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement ;
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse à l'annexe 3 « Tableau des garanties », le remboursement :

- des consultations diététiques non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale car effectués par des diététiciens non médecins ;
- des actes ou frais de chiropraxie et / ou d'ostéopathie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les

a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur).

L'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du diététicien consulté ou du praticien qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité. En ce qui concerne des frais ou actes d'ostéopathie, le remboursement de l'assureur est en tout état de cause, subordonné à l'inscription du praticien sur le Registre des ostéopathes de France et / ou à son affiliation à l'un des syndicats professionnels qui en France représentent spécifiquement les praticiens faisant usage du titre d'ostéopathe.

L'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales pour les frais dentaires, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

Toute pièce justificative complémentaire à caractère médical réclamée par le médecin ou le chirurgien-dentiste consultant de l'assureur préalablement à la mise en jeu des garanties devra lui être adressée par vos soins ou ceux de vos ayants droit sous pli confidentiel.

**Si vous-même ou l'un de vos ayants droit bénéficiaire de traitements ou actes dentaires refusez de transmettre au professionnel médical consultant de l'assureur les justificatifs qu'il réclame ou refusez de vous soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le versement de ses prestations en remboursement des frais considérés.**

**En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.**

**Si, intentionnellement, vous ou votre ayant droit fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.**

**Dans les cas de refus de garanties prévues ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.**



## Titre VI – Autres indemnités

**Chacune des garanties suivantes est accordée sous réserve que l'annexe 3 « Tableau des garanties » prévoit son attribution selon la formule choisie.**

### Article 16 – Naissance

En cas de naissance d'un enfant de l'adhérent, l'assureur verse une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant et de justificatifs de frais restant à la charge de l'adhérent, après remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de l'assureur au titre du Titre III ci-avant, dans la limite des plafonds de prise en charge prévus par la réglementation sur les contrats complémentaires santé responsables (cf. article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en annexe 2 ci-après) en ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie.

### Article 17 – Cure thermale

Pour chaque cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et / ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants-droit après remboursement éventuel du Régime obligatoire de protection sociale

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie.



## Titre VII – Services tiers payant et calcul du reste à charge

### Article 18 – Tiers payant

#### 1 - PHARMACIE

L'assureur met à votre disposition un service de Tiers payant Pharmacie qui a pour objet de permettre aux personnes assurées de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et garantis au titre de l'article 12.1.C.

Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance, aux personnes garanties au titre de l'adhésion au contrat. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien par l'organisme gestionnaire

du Régime obligatoire de protection sociale pour la part qui lui revient et par l'assureur pour le ticket modérateur.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale – pour la part lui incombant – résulte aussi d'une procédure de tiers payant.

**Sont exclus du système Tiers payant, les produits pharmaceutiques non remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.**

L'assureur vous délivre une attestation de Tiers payant qui devra lui être restituée, dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat ;
- en cas de résiliation du contrat ;
- si vous ou votre ayant droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale obligatoire dont vous relevez ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

***Dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de réclamer, tant à vous-même qu'à votre ayant droit, et le cas échéant au pharmacien, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.***

## 2 - AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Ce système de Tiers payant est étendu à d'autres professionnels de santé (radiologie, laboratoires d'analyses médicales, ...) à hauteur des garanties souscrites, dans les départements où des accords ont été conclus entre l'assureur et ces professions de santé et, le cas échéant, les organismes gestionnaires du Régime obligatoire de protection sociale.

Il est précisé que ce type de Tiers payant est mis en place et accepté par tous les opticiens et audioprothésistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées.

## 3 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

### 3.1 Objet

En cas d'hospitalisation, l'assureur peut délivrer, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, il règle directement à l'établissement, le complément de frais restant à votre charge ou à la charge de votre ayant droit au-delà des prestations servies par le Régime obligatoire de protection sociale, **à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.) et, à hauteur des garanties souscrites.**

### 3.2 Conditions d'application

Est garantie toute hospitalisation chirurgicale en ambulatoire ainsi que toute hospitalisation comportant au moins une facturation d'une nuitée.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec le Régime obligatoire de protection sociale ;

- bénéficier d'accord de tiers payant avec les organismes gestionnaires du Régime obligatoire de protection sociale, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

***ELLE EXCLUT ABSOLUMENT TOUTE AVANCE DES PRESTATIONS EN NATURE A LA CHARGE DU REGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE.***

**La prise en charge n'est donc pas délivrée en clinique agréée non conventionnée, pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Établissements publics, et en maison de repos.**

### 3.3 Formalités administratives :

Sur présentation de votre justificatif d'identification ou de celui de votre ayant droit et de l'attestation de Tiers payant, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'assureur. Lorsque les conditions requises sont remplies, l'assureur transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier. De ce fait, aucune avance de fonds, **à hauteur des garanties souscrites**, n'est réclamée – hormis les dépenses fixées au paragraphe 3.1 ci-dessus – et l'assureur se substitue à vous pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à votre charge de l'intéressé par le Régime obligatoire de protection sociale.

## Article 19 – Calcul par l'assureur des frais restant à votre charge

Sur votre demande et pour les actes énumérés ci-après, l'assureur peut établir un calcul des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et de celles versées potentiellement au titre du contrat, vous permettant ainsi de déterminer le montant des frais qui restera à votre charge.

Les frais concernés sont les suivants :

- **Audioprothèses** : Frais correspondant à l'achat de l'appareil (y compris l'achat des accessoires nécessaires à l'utilisation de la prothèse). **Les frais d'entretien de la prothèse ne sont pas concernés.**
- **Optique** : Frais de lunettes (verres et monture) et de lentilles.
- **Dentaire** : Frais de prothèses dentaires, de parodontologie et implantologie. **Les frais de soins dentaires et d'orthodontie ne sont pas concernés.**

Ce calcul sera effectué sur présentation des devis du professionnel de santé établis sur le formulaire délivré à cet effet par l'assureur.



# Annexe 1 – Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires

## 1 - Objet de la garantie

L'assureur garantit pour une période de 10 ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les personnes garanties par le contrat (soit vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat) dès lors qu'elles restent assurées sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent avoir été effectués par un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées et avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne garantie.

## 2 - Ce qui est garanti

- Pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- Pour les prothèses adjointes en résine : en cas de nécessité pour la réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante (150) euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées.
- Prothèses concernées  
Pour les prothèses conjointes : Toutes les couronnes, bridges et inlay-core.  
Pour les prothèses adjointes : Les appareillages entièrement réalisés en résine.
- Réalisation  
La pose initiale, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées. Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.
- Remboursement  
Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

## 3 - Fonctionnement de la garantie

La garantie est accordée pour les prothèses qui ont été prises en charge par l'assureur intégralement ou non lors de leur pose.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (n° de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni par la personne assurée en cas de mise en jeu de la garantie. Il accompagnera le devis du chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées devant réaliser les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de l'assureur, qui interviendra après la date de réception du dossier dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par l'assureur d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien dentiste désigné par lui. L'assureur peut être amené à réclamer toutes pièces qu'il jugera utile. **La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.**

## 4 - Exclusions

**Sont exclus de par la nature de la garantie :**

- **Pour les prothèses conjointes :**
  - toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale ;
  - les implants ;
  - les Inlays / Onlays.
- **Pour les prothèses adjointes :**
  - tous actes autres que la casse de la prothèse en résine ;
  - les stellites.

**Sont par ailleurs exclus les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.**

**L'assureur peut également refuser la mise en jeu de la garantie si la personne assurée :**

- transmet une fausse déclaration ;
- n'est plus assurée par le contrat ;
- refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.





## Annexe 2 - Texte(s) réglementaire(s)

### Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale

*(dans sa rédaction issue du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)*

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article (\*) ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité (\*\*) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;

b) au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un

verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux 2 verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

*(\*) Il s'agit respectivement :*

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

*(\*\*) L'article 4 du Décret n° 2014-1374 précité précise :*

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »





Assuré d'avancer



**Groupama Gan Vie**  
Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros  
(entièrement versé)  
RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z  
Siège social : 8-10, rue d'Astorg  
75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77  
Entreprise régie par le code des assurances et  
soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de  
Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie  
sont notamment distribués par Gan Assurances  
et sous la marque Gan Eurocourtage via  
les courtiers et Gan Prévoyance.