Mon Gustave
le comparateur #malin

Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

TABLEAU DES GARANTIES ACTIV'PLUS

TABGAR-ACTIVPLUS-0419

Les formules de garantie complémentaire santé décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les conditions de mise en application de ces garanties sont décrites dans les Conditions Générales valant Notice d'Information du produit.

	ACTIV'100	ACTIV'150	ACTIV'200	ACTIV'250	ACTIV'300
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)					
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) adhérents DPTAM	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) non adhérents DPTAM	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	125% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30 j/an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE (1)					
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité 30 jours	40 € / jour limité 45 jours
DENTAIRE					
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O à partir de la 3ème année	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	700 €	1 000 €	1 200 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE - LIMITE : 1 équipement tous les 2 ans (sauf mineurs et évolution de la vue) composé de deux verres et d'une monture					
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipement optique (2)					
- Monture et 2 verres simples	100 %	125 €	150 €	200 €	250 €
- Monture et 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	200 €	230 €	275 €	350 €
- Monture avec au moins 1 verre complexes ou hypercomplexe	100 %	150 €	175 €	200 €	300 €
Plafond de prise en charge de la monture	*100 %*	*100 €*	*100 €*	*150 €*	*150 €*
Matériel amblyopie	100 %	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	125 €	150 €	200 €	250 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (DPTAM)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (HORS DPTAM)	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (HORS DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	150 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**125 %**	**150 %**
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le RO	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Prothèses orthopédiques et auditives	100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 75 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple)	**Néant**	**50 €**	**100 €**	**200 €**	**350 €**
CURES THERMALES					
Soins	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Hébergement et transport	Néant	100 €	100 €	150 €	250 €
MEDECINE DOUCE (3)	**Néant**	**Néant**	**30 € par séance limitée à 3/an**	**30 € par séance limitée à 5/an**	**40 € par séance limitée à 5/an**
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**
ASSISTANCE	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime Obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

***DPTAM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée telle que définie aux Conditions Générales valant Notice d'Information. La mention «adhérent» s'entend pour le médecin qualifié sur le poste de garantie correspondant. Le DPTAM vient se substituer aux notions de CAS / hors-CAS (Contrat d'accès aux soins).

(1) Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

(2) Dans la limite d'un équipement optique complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée selon les formules de garanties. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.

(3) Médecine douce : Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Microkinésithérapeutes, Nutritionnistes.

ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276.
Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon les articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances).
Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr.L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr

Notice d'information

COMPLEMENTAIRE SANTE ACTIF

ACTIV'PLUS

Votre contrat

RÉF.NI - PREVOIR-ACTIV'PLUS - 04/2019

NOTICE D'INFORMATION

COMPLEMENTAIRE SANTE ACTIF

ACTIV'PLUS

RÉF.NI - PREVOIR-ACTIV'PLUS - 04/2019

SOMMAIRE

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ p.5
- 1.1 Objet de la convention p.5
- 1.2 Dispositions propres aux relations entre l'association et l'assureur p.5
- 1.3 Conditions d'adhésion p.5

2. GARANTIES p.5
- 2.1 Dispositions générales
- 2.2 Contenu des garanties p.6
  - 2.2.1 Hospitalisation en secteur conventionné p.6
  - 2.2.2 Hospitalisation en secteur non conventionné p.7
  - 2.2.3 Honoraires et soins courants p.7
  - 2.2.4 Dentaire p.7
  - 2.2.5 Appareillage et prothèses non dentaires p.7
  - 2.2.6 Cures thermales p.7
  - 2.2.7 Optique p.7
  - 2.2.8 Medecine douce p.7
  - 2.2.9 Pharmacie p.7
- 2.3 Tableau des garanties p.7
- 2.4 Delai de carence des garanties p.9
- 2.5 Étendue des garanties p.9
- 2.6 Filassistance International p.9
- 2.7 Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ? p.10

3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION p.10
- 3.1 Date d'effet de l'adhésion p.10
- 3.2 Durée de l'adhésion p.10
- 3.3 Terme de l'adhésion suivant l'exclusion de l'adhérent par l'association p.10
- 3.4 Modifications au cours de l'adhésion p.10
- 3.5 Suspension de l'adhésion p.11
- 3.6 Résiliation de l'adhésion p.11

4. COTISATION p.11
- 4.1 Montant de la cotisation p.11
- 4.2 Evolution de la cotisation p.12
- 4.3 Révision tarifaire p.12
- 4.4 Paiement de la cotisation p.12
- 4.5 Non-paiement de la cotisation p.12

5. RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE p.12

6. CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE p.12

7. DISPOSITIONS DIVERSES p.12
- 7.1 Faculté de renonciation p.12
- 7.2 Prescription p.13
- 7.3 Traitement et protection des données personnelles p.13
- 7.4 Réclamation/médiation p.14
- 7.5 Information de l'adhérent p.15
- 7.6 Loi applicable et tribunaux compétents p.15
- 7.7 Autorité de contrôle p.15

8. LEXIQUE p.15

L'assureur des garanties d'assurance est REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, siège au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRET, enregistrée au RCS sous le n° 775626377. Contrat géré par ECA-Assurances, 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative

ACTIV'PLUS

Réf. : NI - PREVOIR-ACTIV'PLUS - 04/2019

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Dès lors qu'un terme commence par une majuscule, il devra être interprété selon la définition indiquée à l'Article 8 Lexique de la présente notice d'information.

1.1 Objet de la convention

ACTIV'PLUS est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, souscrit auprès de:

- **PREVOIR RISQUES DIVERS**

Siège social: 19, rue d'Aumale, CS40019, 75306 Paris cedex 09, entreprise régie par le Code des assurances et contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dénomée ci-après **«L'Assureur»**.

Par:

- **Association Lafayette Patrimoine & Epargne (A.L.P.E),**

Association loi du 1er juillet 1910 dont le siège social se situe au 92-98 boulevard Victor Hugo 92110 Clichy désignée ci-après **«L'association».**

La distribution et la gestion de votre adhésion est effectuée par ECA Assurances: 92-98 boulevard Victor Hugo 92110 Clichy. Société anonyme au capital de 1 009 000€, RCS Nanterre B 402 430 276.

Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Le contrat **ACTIV'PLUS** est régie par le Code des assurances et est réservée aux membres de l'Association.

Le contrat **ACTIV'PLUS** a pour objet d'accorder aux membres de l'Association qui y adhérent :

- Remboursement complémentaire à celui de leur régime obligatoire pour les dépenses de santé, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le Code de la Sécurité sociale (contrats responsables et solidaires), ses décrets d'application et arrêtés. Ce remboursement complémentaire est automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires, telles que le décret n°2014-1374 du 18/11/2014, régissant les contrats responsables et/ou solidaires.
- Le tiers payant.
- La convention Solution Santé TNS se présente sous la forme de niveaux de garanties (1 à 5).

Les niveaux sont détaillés dans le tableau des garanties. Sur cette base, les prestations versées par ECA Assurances dépendent du niveau de garanties choisi et précisé au Certificat d'adhésion.

Les dépenses et les frais doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties.

1.2 Dispositions propres aux relations entre l'Association et l'Assureur

Le contrat **ACTIV'PLUS** a pris effet le 01/04/2019 pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2019. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signataires notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion du contrat **ACTIV'PLUS**. Elle s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement. Les droits et obligations des Adhérents peuvent être modifiés par des avenants à la convention Complémentaire Santé conclue entre l'Assureur et l'Association.

Une modification du contrat **ACTIV'PLUS** peut être demandée par **l'Association** ou **l'Assureur**.

Les Adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation du contrat **ACTIV'PLUS,** trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation du contrat **ACTIV'PLUS** est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations Assurées, acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, il est convenu que cette dernière donne mandat au Gestionnaire pour accomplir l'ensemble des formalités de gestion.

L'Assureur et l'Association peuvent convenir de changer le Gestionnaire.

1.3 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat **ACTIV'PLUS** est réservée aux membres de l'Association qui remplissent les conditions suivantes :

- résider en France Métropolitaine ou dans un DOM (La Réunion, Martinique, Guyane, Guadeloupe)
- être âgés de 18 à 55 ans inclus au moment de l'adhésion,
- relever d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

Sont également assurés au titre du contrat **ACTIV'PLUS,** le Conjoint de l'Adhérent et/ou les Enfants qui bénéficient des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français. Le niveau de garantie choisi est identique pour tous les assurés. L'acceptation par l'Assureur est prouvée par l'émission du Certificat d'adhésion.

2. GARANTIES

2.1 Dispositions générales

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du contrat ACTIV'PLUS

s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la non prise en charge :
- de la majoration du Ticket Modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
- du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,
- de la participation forfaitaire,
- des franchises médicales.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a choisi et de la nature de ses dépenses médicales. Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de Remboursement) ;
- ou sous la forme d'un montant ; ceux-ci sont valables par jour ou par Année civile, et par Assuré et ne sont pas cumulables d'une période à une autre. Certaines garanties sont exprimées par acte. Elles sont alors signalées dans le tableau de garanties.

Les remboursements sont toujours effectués en complément du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite de la garantie souscrite le cas écheant.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

En effet, conformément aux dispositions de l'Article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes Assurées contre certains risques, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'Article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article L. 121-4 du Code des assurances, si l'Adhérent et/ou les Assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, l'Adhérent doit en informer le Gestionnaire immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée et les garanties souscrites.

Si l'Adhérent a contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, il s'expose à l'annulation de son adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L. 121-3 du Code des assurances. Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

2.2 Contenu des garanties

L'Adhérent trouvera ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre du contrat **ACTIV'PLUS**. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans le tableau des garanties de se reporter au paragraphe concerné.

Les garanties dont bénéficie l'Adhérent dépendent du niveau de garanties qui a été souscrit.

2.2.1 Hospitalisation en secteur conventionné

2.2.1.1 Séjours en médecine, chirurgie et maternité

Forfait journalier

Cette garantie rembourse le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Le montant de ce forfait est règlementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.
L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Frais de séjour

En cas d'Hospitalisation, cette garantie rembourse les frais de séjour restant à la charge de l'Assuré après le remboursement de la Sécurité sociale. L'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 18 euros.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'Hospitalisation à domicile.

Elle est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Chambre Particulière

Cette garantie prend en charge les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité. Cette garantie est exprimée en euros par jour.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- à un séjour en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés,
- à un séjour en psychiatrie, gériatrie et EPHAD.

Lit d'accompagnant enfant de moins de 16 ans

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais du lit d'accompagnant de l'Adhérent ou de son Conjoint assuré en cas d'Hospitalisation d'un Enfant assuré de moins de 16 ans. Cette garantie est exprimée en euros par jour.

Attention : la prise en charge des frais d'accompagnant est limitée à trente (30) jours par Année d'adhésion et par Assuré

pour des Hospitalisations en secteur conventionné et non conventionné.

Transport du malade

Cette garantie prend en charge le transport du malade et doit être prise en charge par le régime obligatoire.

2.2.1.2 Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés et psychiatrie ou hospitalisation de jour

Cette garantie prend en charge les séjours et Hospitalisations effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale suivants :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les frais de maisons de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours pour motif psychiatrique.

À NOTER: L'unité de soins de suite a pour objectif de dispenser au patient des soins qui s'inscrivent dans la continuité d'une hospitalisation médicale.

Sont pris en charge le forfait journalier sans limitation de durée, les frais de séjour et la chambre particulière, en fonction de la formule choisie.

2.2.2 Hospitalisation en secteur non conventionné

Cette garantie prend en charge les frais de séjour, les honoraires médicaux suite aux Hospitalisations en médecine, chirurgie et maternité effectués en secteur non conventionné.

2.2.3 Honoraires et soins médicaux courants

- Cette garantie prend en charge :les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile de l'Adhérent ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes),
- les honoraires pratiqués pour une consultation de psychiatrie et de neuropsychiatrie
- les frais d'actes techniques médicaux,
- les frais d'actes de radiologie, échographie et d'imagerie médicale,
- Les actes de spécialistes.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

2.2.4 Dentaire

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les soins, prothèses et orthodontie acceptées par le Régime
- Les frais de prothèses ou orthodontie qui ont fait l'objet ou non d'un remboursement par la Sécurité sociale.
- Les frais d'orthodontie qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.
- Les frais d'implantologie ou de parodontologie, de prophylaxie ou endodontie qui ont fait l'objet ou non d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Les plafonds sont exprimés en euro, par date d'effet des garanties et par Assuré ou en pourcentage de la Base de remboursement.

Les remboursements sont soumis à des plafonds annuels, indiqués dans le tableau de garanties, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion.

2.2.5 Appareillage et prothèses non dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les prothèses auditives et orthopédiques
- Petit et gros appareillage, accessoires, pansements
- Prothèses mammaires et capillaires remboursés par le régime obligatoire

L'appareillage correspond à l'ensemble des produits indiqués

dans la liste des produits et prestations remboursables à l'exception du Titre 2 Chapitre 2 (Optique) et du Titre 2 Chapitre 3 (audioprothèses). La liste des produits et prestations est disponible sur www.ameli.fr

2.2.6 Cures thermales

Sont prises en charge au titre de cette garantie les cures thermales qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les garanties sont exprimées en euros et en pourcentage de la Base de remboursement, par date d'effet des garanties et par Assuré.

2.2.7 Optique

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la Sécurité sociale. La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (1 monture et 2 verres) par année civile et par Assuré.
- Les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).
- Les frais liés aux actes de chirurgie réfractive.
- Le matériel amblyopie

Les plafonds s'entendent par date d'effet des garanties et par Assuré. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire.

Pour la chirurgie réfractive, le montant indiqué dans le tableau de garanties s'entend par œil.

2.2.8 Médecine douce

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'ostéopathie, les actes de diététiciens, naturopathes, étiopathes, chiropracteurs, nutritionnistes, micro- kinésithérapeutes, , psychomotriciens.
- Les frais de pharmacie et de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale mais médicalement prescrits par le praticien.

Les montants indiqués dans le tableau de garanties s'entendent par date d'effet des garanties, par Assuré et par acte, toutes spécialités confondues.

2.2.9 Pharmacie

Sont pris au titre de cette garantie :
Les frais de pharmacie remboursés ou non par le Régime obligatoire, mais médicalement prescrits par le praticien.

2.3 Tableau des garanties

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel l'Adhérent pourrait être assuré et dans la limite de ses garanties.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réels.

TABLEAU DES GARANTIES

	Activ'100	Activ'150	Activ'200	Activ'250	Activ'300
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)					
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) adhérents DPTAM	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) non adhérents DPTAM	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30j/an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE					
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité. 30 jours	40 € / jour limité. 45 jours
DENTAIRE					
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O à partir de la 3ème année	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	700 €	1 000 €	1 200 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE					
LIMITE : 1 équipement tous les 2 ans (sauf mineurs et évolution de la vue) composé de deux verres et d'une monture					
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipement optique (verres+monture)					
Plafond de la monture pris en charge au sein de l'équipement	100%	100 €	100 €	150 €	150 €
- 1 monture + 2 verres simples	100 %	125 €	150 €	200 €	250 €
- 1 monture + avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	150 €	230 €	275 €	350 €
- 1 monture + avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	150 €	175 €	200 €	300 €
Matériel amblyopie	100 %	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	125 €	150 €	200 €	250 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (DPTAM)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (HORS DPTAM)	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (HORS DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	150 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**125 %**	**150 %**

L'assureur des garanties d'assurance est REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, siège au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRET, enregistrée au RCS sous le n° 775626377. Contrat géré par ECA-Assurances, 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

	Activ'100	Activ'150	Activ'200	Activ'250	Activ'300
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le RO	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Prothèses orthopédiques et auditives	100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 75 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple)	**Néant**	**50 €**	**100 €**	**200 €**	**350 €**
CURES THERMALES	**100%**	**100 € + 125 %**	**100 € + 150 %**	**150 € + 200 %**	**250 € + 250 %**
MEDECINE DOUCE (1)	**Néant**	**Néant**	**30 € par séance limitée à 3/an**	**30 € par séance limitée à 5/an**	**40 € par séance limitée à 5/an**
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**
ASSISTANCE	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**

(1) Médecine douce : Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Microkinésithérapeutes, Nutritionnistes.
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM- CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés
BR : Base de remboursement

2.4 Délai de carence des garanties

Les délais de carence suivants sont applicables :

- Maternité : 9 mois.

Les délais de carence sont décomptés à compter de la date d'effet de l'adhésion.

2.5 Étendue des garanties

2.5.1 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement Complémentaire des dépenses de santé s'applique quel que soit le pays dans lequel elles sont survenues, dans la mesure où elles ont fait l'objet d'un remboursement préalable d'un Régime obligatoire français d'assurance maladie.

2.5.2 Exclusions

Sont exclus des garanties de la convention :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, sauf ceux pris en charge par la Sécurité sociale, les cures de toutes natures effectuées à des fins esthétiques,
- les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale »), la thalassothérapie,
- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des Assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés.

2.5.2.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

- Sont exclus le remboursement de frais de soins qui sont la conséquence de maladies et d'accidents, ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
- d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;
- de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- de la guerre étrangère, de la guerre civile ;
- de la participation active ou la complicité de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage et d'attentat ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
- de cataclysme ;
- de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultants :

- de maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- d'hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- de traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- de frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
- de cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;
- de traitements par psychanalyse ;
- de frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).
- les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé.

2.6 Filassistance international

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **ACTIV'PLUS**, vous bénéficiez de la garantie assistance. Les prestations

d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance souscrites auprès de la société FILASSISTANCE INTERNATIONAL ci-après nommée l'assisteur. Le détail de ces garanties est détaillé dans l'annexe 1 jointe à votre notice d'information valant conditions générales.

CONTRAT COLLECTIF N°000002005
ECA-ASSURANCES
ASSISTANCE SANTE SENIOR
CONVENTION D'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE INTERNATIONAL

• Téléphone : 01 70 36 06 52
• Télécopie : 01 53 21 24 88
24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre convention d'assistance : 000002005

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable ECA-ASSURANCES a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000002005 auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.
Ces prestations sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

ECA-Assurances est une société anonyme decourtage d'assurances, immatriculée sous le n°402 430 276 RCS NANTERRE, dont le siège social est situé 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 8392115 CLICHY Cedex. Inscrite au registre ORIAS sous le numéro 07 002 344 (www.orias.fr).

2.7 Comment obtenir vos remboursements ?

2.7.1 Documents à adresser

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et le Gestionnaire, ses remboursements pourront s'effectuer automatiquement. A l'exception de l'optique, le dentaire et l'hospitalisation ou un justificatif de paiement est requis pour procéder aux remboursements.

Dans les autres cas, ou si l'Assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de ses dépenses de santé, il devra adresser au Gestionnaire dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la Sécurité sociale :

- les décomptes délivrés par la Sécurité sociale,
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé,
- en cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation et notes d'honoraires.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale et pour les postes dentaires, optique, hospitalisation, appareillage, maternité ou cure thermale, médecine douce, chirurgie réfractive des yeux, l'Assuré devra également produire l'original de la facture des frais engagés.

Le Gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à ECA Assurances dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

2.7.2 Modalités de remboursement

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros. En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un Accident causé par un tiers, l'Assureur pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes versées à l'Assuré.

3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

3.1 Date d'effet de l'adhésion

Pour chacune des personnes à assurer, l'adhésion prend effet, après acceptation de l'Assureur et sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.
Cette date est fixée au plus tôt au lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion.

3.2 Durée de l'adhésion

Sous réserve de ce qui est indiqué à l'Article 3.6, l'adhésion se renouvelle, sans limitation d'âge, chaque année par tacite reconduction à compter du 1er janvier suivant sa date d'effet. Toutefois, dès qu'un Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ou cesse de remplir les conditions pour être Assuré, toutes ses garanties prennent fin.

Dès la prise d'effet de l'adhésion, l'Assureur s'engage à maintenir les garanties prévues à la présente convention toute la vie durant de l'Assuré, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation, ou de résiliation pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, ou en cas de production de document falsifié, ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties.

3.3 Terme de l'adhésion suivant l'exclusion de l'adhérent par l'association

L'exclusion de l'Adhérent du contrat **ACTIV'PLUS** entraîne de plein droit le terme de l'adhésion et met fin aux garanties à la date d'effet de l'exclusion. L'exclusion est sans effet sur le droit aux prestations Assurées, acquis avant la prise d'effet de l'exclusion.

Elle est signifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent. Les délais de notification de l'exclusion partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

L'Adhérent peut être exclu en cas de :

- non-paiement de la cotisation (voir Article 4.4),
- rupture du lien qui l'unit à l'Association par la perte de la qualité de membre de l'Association.

3.4 Modifications au cours de l'adhésion

L'acceptation d'une modification demandée par l'Adhérent est prouvée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion ou d'un avenant. Elle entraîne la modification du montant de la cotisation.

3.4.1 Adjonction ou suppression d'un Assuré

L'adjonction d'un nouvel Assuré est soumise aux formalités

prévues à l'Article 1.3. Par ailleurs, le nouvel Assuré doit être le Conjoint de l'Adhérent ou un des Enfants à charge de l'Adhérent et/ou de son Conjoint. Elle se fait au niveau des garanties alors en vigueur.

En cas de de suppression d'un Assuré, celle-ci s'effectue sur simple demande de l'Adhérent.

La suppression d'un Assuré prend effet à la prochaine échéance principale avec un préavis d'un mois.
L'adjonction d'un Assuré se fait 30 jours après la réception des documents (attestation vitale, extrait d'acte de naissance pour un nouveau-né).

3.4.1 Augmentation ou diminution du niveau de garantie

Après un an d'adhésion, l'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.
En cas de modification vers des garanties inférieures : La modification prendra effet à la prochaine échéance annuelle, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.
En cas de modification vers des garanties supérieures : la modification prendra effet le premier du mois suivant sa demande. Dans ce cas, le retour à une garantie inférieure, évoqué au paragraphe ci-dessus, ne pourra être effectif lors d'une échéance principale annuelle que dans la mesure où vous justifiez d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la nouvelle formule de garantie.
En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés.

3.4.3 Changement de situation en cours d'adhésion

L'Adhérent est tenu de signaler au Gestionnaire, dans un délai maximum de deux mois, les changements dans la situation des personnes Assurées :

- changement du régime obligatoire d'assurance maladie français,
- changement de coordonnées bancaires,
- changement d'adresse (de la Résidence principale),
- nouveau lieu de Résidence hors France métropolitaine, La réunion, Guyane, Guadeloupe ou Martinique,
- souscription d'un nouveau contrat à adhésion obligatoire offrant des garanties de même nature. La résiliation prendra effet lors de la prochaine échéance annuelle.

3.5 Suspension de l'adhésion

Suspension des garanties

Le défaut de paiement d'une cotisation peut entraîner, dans les conditions indiquées à l'Article 4.4, la suspension des garanties.
La suspension entraîne, même si la cotisation est acquittée ultérieurement, la perte du droit aux prestations Assurées pour :

- les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- les Hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- les maladies ou les Accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences.

3.6 Résiliation de l'adhésion

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties de toutes les personnes Assurées à la date d'effet de la résiliation. Les actes médicaux et les jours d'hospitalisation antérieurs à la résiliation feront l'objet d'un remboursement complémentaire sauf en cas de résiliation pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion et en cas de production de documents falsifiés ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties. Lorsqu'une résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée à l'Adhérent, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation.

3.6.1 Résiliation par l'Adhérent

Elle est signifiée soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au Gestionnaire, soit par acte d'huissier.
Les délais de notification de la résiliation partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

Résiliation annuelle

A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois en lettre recommandée.

Modification de la cotisation ou révision tarifaire

L'Adhérent peut résilier l'adhésion dans les 30 jours qui suivent l'envoi par le Gestionnaire de la notification de la modification de la cotisation ou de la révision tarifaire. Dans ce cas, la résiliation prend effet la veille de la date d'application prévue pour la modification de la cotisation ou la révision tarifaire. Toutefois, dans le cas où des prestations relatives à des actes dispensés après cette date auraient été versées, l'effet de la résiliation est reporté au jour du dernier acte pris en charge. A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées.

3.6.2 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement de la cotisation, dans les conditions reprises à l'Article 4.4,
- en cas de déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, en vertu de l'Article L. 113-9 du Code des assurances,
- en cas de production de documents falsifiés ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties.

La résiliation est adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent.
De même, chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

4. COTISATION

4.1 Montant de la cotisation

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De l'âge de l'Adhérent
- de la composition de la famille Assurée (et notamment du nombre d'adultes et du nombre d'Enfants de moins de 28 ans ayant la qualité d'Assuré),
- du département de Résidence de l'Adhérent.

- du régime obligatoire

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

4.2 Evolution de la cotisation

Les tarifs évoluent chaque année au 1er janvier en fonction de l'âge de l'Adhérent.

4.3 Revision tarifaire

L'Assureur pourra, après accord de l'Association, être amené à réviser son tarif :

- soit du fait des résultats techniques de la convention Sur-Complémentaire Santé qui dépendent notamment de la composition du groupe Assuré et de l'évolution de sa consommation médicale,
- soit du fait d'une modification des dispositions législatives et/ou réglementaires.

La nouvelle cotisation est en général applicable au 1er janvier suivant la modification du tarif (sauf la 1ère année d'adhésion).

L'Adhérent en est alors informé avant son entrée en vigueur par l'envoi d'un avenant ou d'un appel de cotisation.
Il peut arriver, en cas de modification due à un changement des dispositions législatives ou réglementaires du régime de la Sécurité sociale, que l'application du nouveau tarif soit immédiate. Dans ce cas, l'Adhérent en est informé par l'envoi d'une lettre indiquant le montant de la nouvelle cotisation.

En cas de révision tarifaire, l'adhésion est résiliable par l'Adhérent comme précisé à l'Article 3.6.

À l'occasion d'une révision tarifaire, les prestations forfaitaires peuvent faire l'objet d'une réévaluation, dans ce cas l'Adhérent en est informé en même temps que du montant de la nouvelle cotisation selon les modalités décrites ci-dessus.

4.4 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France au nom de l'Adhérent. Son montant est indiqué sur l'appel de cotisation.

4.5 Non-paiement de la cotisation

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de sa mise en paiement, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Cette lettre l'informe qu'à défaut de paiement, les garanties seront suspendues 30 jours après son envoi. Si la cotisation due, ainsi que les cotisations venues à échéance depuis lors, demeurent impayées dans les 10 jours de la suspension des garanties, l'adhésion est alors résiliée sans autre préavis.

L'Article L. 113-3 du Code des assurances autorise également le Gestionnaire à réclamer le paiement des cotisations restant dues jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

5. RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque, erreur sur la date de naissance d'un des Assurés entraîne l'application, selon le cas, des sanctions prévues au Code des assurances, c'est-à-dire la nullité, la résiliation de l'adhésion ou la réduction des prestations (Articles L. 113-8, L. 113-9 et L. 132-26). Toute production intentionnelle par un des Assurés de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

6. CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE

En cas de demande de prestations, un médecin-conseil mandaté par l'Assureur ou le Gestionnaire a la possibilité de contrôler l'état de santé d'un Assuré, sauf cas de force majeure.

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, il est déchu de tout droit aux prestations en cause. Le refus injustifié de se soumettre à un contrôle médical reporte de plein droit la mise en jeu des garanties jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions du médecin- conseil ou si le médecin-conseil estime que les éléments en sa possession sont insuffisants, le Gestionnaire peut demander des pièces complémentaires ou déléguer à ses frais, un médecin expert chargé de faire constater son état de santé.

Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Assuré qui dispose alors d'un délai de soixante jours pour exprimer son désaccord éventuel. Dans ce cas, le médecin de l'Assuré et le médecin expert désigné par le Gestionnaire désignent ensemble un troisième médecin qui départage les avis, ses honoraires étant supportés pour moitié par l'Assuré et pour moitié par le Gestionnaire.
Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

7. DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 Faculté de renonciation

7.1.1 En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance et conformément au premier alinéa de l'Article L. 112-9 du Code des assurances : «Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités».

A titre purement contractuel, ce délai légal de renonciation est porté de 14 jours.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à : ECA Assurances: 92-98 boulevard Victor Hugo 92110 Clichy.

7.1.2 En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance, le souscripteur dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L112-2-1 du Code des Assurances car votre contrat est assuré par une compagnie d'assurance. Le souscripteur peut renoncer au contrat dans un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat est conclu ;

b) Soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions

contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.
- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

7.1.3 En cas de souscription en agence, ni le Code la Consommation ni le Code des Assurances ne prévoient de possibilité de renonciation pour le souscripteur.

Lorsque le souscripteur dispose d'un droit de renonciation et qu'il souhaite le mettre en oeuvre, il peut utiliser à cet effet le modèle ci-après à envoyer au plus tard

14 jours à compter de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le souscripteur a reçu la notice d'information du contrat.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue

La renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre figurant ci-dessous. Les cotisations versées lui sont intégralement remboursées dans les trente jours qui suivent la réception de cette lettre.

Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. L'exercice de la faculté de renonciation met rétroactivement fin à toutes les garanties de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Modèle de lettre de renonciation :

«Je soussigné …..... demeurant à ….... déclare renoncer à mon adhésion Complémentaire Santé datée du …..... et demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues.

Fait à..… le …... Signature».

- Joindre la demande d'adhésion ou le cas échéant le Certificat d'adhésion.

7.2 Prescription

Conformément aux Articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1°) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré où a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré ; elles sont également prescrites au plus tard trente ans à compter du terme de l'adhésion.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (listées infra) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Selon les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil, la prescription est également interrompue :

- par la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- par une demande en justice, même en référé et ce jusqu'à l'extinction de l'instance, y compris devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure, sauf lorsque le demandeur se désiste de sa demande, laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée (articles 2241,2242 et 2243 du Code civil),
- par une mesure conservatoire prise en application du code des Procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- à l'encontre de tous les autres débiteurs, même leurs héritiers, par l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- à l'égard des codébiteurs et à l'encontre de cet héritier pour la part dont il est tenu, par l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier,
- à l'égard des codébiteurs et pour la totalité de la dette, par l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil),
- à l'encontre de la caution, par l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (article 2246 du Code civil).

L'article L. 114-3 du Code des assurances prévoit que « par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un accord commun, ni modifier la durée de prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

7.3 Traitement et protection des données personnelles

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les données à caractère personnel recueillies pour le compte de l'Assureur font l'objet d'un traitement informatisé pour permettre à notre délégataire et à son réseau d'apporteurs de vous contacter et/ou de vous adresser toute proposition ou documentation dans le cadre de votre recherche d'une solution d'assurance, puis le cas échéant pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Vos données sont également traitées dans le cadre de l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes, la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et la réalisation d'études statistiques.
Les co-responsables de traitement sont :

- PREVOIR RISQUES DIVERS dont le siège social se situe au 19, rue d'Aumale, CS40019, 75306 Paris cedex 09.
- et ECA Assurances, Courtier en assurances, société anonyme immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 402 430 276 dont le siège social se situe au 92/98 boulevard Victor Hugo 92115 Clichy Cedex.

Les bases légales du traitement de vos données personnelles et, le cas échéant, celles de vos enfants mineurs, sont la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance ou votre consentement explicite recueilli lors de la collecte des données. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil ou services d'ECA en charge de la gestion de vos garanties.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus et à des fins de prospection, ces données pourront être utilisées par les entités d'ECA Assurances et de son groupe et pourront, le cas échéant, être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Si un transfert hors de l'Union européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient prises pour encadrer juridiquement ce transfert et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme de votre contrat d'assurances.

Vos droits à la protection de vos données

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition relativement à l'ensemble des données vous concernant. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité). Vous pouvez retirer à tout moment le consentement accordé à l'utilisation de vos données.

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.
Conformément à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant votre demande par courrier à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com, accompagnée d'une pièce d'identité. Votre demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données personnelles. Concernant vos données de santé, ces droits s´exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos documents contractuels).
Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ».

Sécurité

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de vos données à caractère personnel, nous vous informons dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés.

Nous vous informons, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et vous communiquons :

► La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;

► Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;

► La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;

► La description des mesures prises ou que les co-responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

7.4 Réclamation/médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel
En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter

notre charte RECLAMATION, accessible sur notre site *(www.eca-assurances.com/assurances/reclamation.php)* ou sur demande, qui vous donnera la procédure à suivre.

En cas d'insatisfaction de la réponse apportée par le service Relation Clients, vous pouvez adresser votre réclamation par mail à l'adresse suivante : reclamation@eca-assurances.com

Votre deuxième contact : le service réclamations
En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse : Supervision réclamation ECA Assurances – 92/98 boulevard Victor Hugo - BP 83 – 92115 CLICHY cedex – superviseur-reclamation@eca- assurances.com.
Les interlocuteurs seront attachés à accuser réception ou apporter une réponse au réclamant sous 10 jours et en tout état de cause, une réponse définitive sera apportée à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois.

Si le différend persiste, le réclamant peut formuler une nouvelle réclamation en s'adressant directement à l'Assureur à l'adresse suivante : PREVOIR RISQUES DIVERS – GROUPE PREVOIR – 19 rue d'Aumale – 75 009 PARIS.

PREVOIR RISQUES DIVERS GROUPE PREVOIR adhère à la Charte de la médiation de la Fédération Française de l'Assurance.

En dernier recours : le médiateur de l'assurance
Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

PLANÈTE COURTIER
Syndicat Français du Courtage d'Assurance
12 - 14 Rond Point Champs Elysées
75008 PARIS.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

7.5 Information de l'adhérent

Aussi longtemps que l'adhésion donne lieu au paiement de cotisations, le Gestionnaire communique chaque année à l'Adhérent le montant des garanties et de la cotisation annuelle.

7.6 Loi applicable et tribunaux compétents

La convention Complémentaire Santé est régie par le Code des assurances.

Le droit applicable à la convention Complémentaire Santé est le droit français en tant que droit de l'État de la Résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion.

Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable à la convention Complémentaire Santé serait ouvert, l'Adhérent convient que la loi applicable est la loi française.

Toutes modifications et évolutions législatives ou réglementaires s'imposeront à la présente convention dans les conditions fixées par les textes.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité et l'exécution de la convention Complémentaire Santé relèvent des tribunaux français.

7.7 Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

8. LEXIQUE

Accident : Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

Adhérent : Le membre de l'Association personnellement affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français qui adhère à la convention Complémentaire Santé.

Année Civile : L'année civile débute au 1er janvier et se termine le 31 décembre.

Association : [à compléter]

Assuré : L'Adhérent, son Conjoint, leurs Enfants. Chaque Assuré est bénéficiaire des garanties de la convention Complémentaire Santé.

Assureur : La société PRÉVOIR RISQUES DIVERS (siège social - 19 rue d'Aumale, CS40019, 75009 Paris) garantit le risque Frais médicaux (branches 1 et 2 de l'article L. 321-1 du Code des assurances).

Base de Remboursement : Tarif retenu par le régime obligatoire (Régime Social des Indépendants (RSI) et Régime général) permettant de calculer le remboursement de chaque acte médical. La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Certificat d'adhésion : L'imprimé personnalisé par le nom de l'Adhérent, des Assurés, du niveau de garantie retenu, de la date d'effet de l'adhésion et du montant de la cotisation à payer.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent (PACS), âgé(e) de 18 ans à 69 ans inclus.

Date d'effet de l'adhésion : La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies sous réserve du paiement de la 1ère cotisation.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérant à l'un de ces dispositifs, il est possible de consulter le site ameli-direct.ameli.fr

Enfant(s) : Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 28e anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime obligatoire. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Gestionnaire : [à compléter]

Hospitalisation : Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les

autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une Hospitalisation au sens de la convention Complémentaire Santé les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisation à domicile (H.A.D.) prise en charge par la Sécurité sociale.

Notice d'information : Le présent document qui rassemble les dispositions générales de la convention Sur-Complémentaire Santé et qui définit notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Régime obligatoire : Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié l'Assuré.

Résidence : Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'Assuré social.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale : Terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Code des assurances).

Base de Remboursement : Tarif retenu par le régime obligatoire (Régime Social des Indépendants (RSI) et Régime général) permettant de calculer le remboursement de chaque acte médical. La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Certificat d'adhésion : L'imprimé personnalisé par le nom de l'Adhérent, des Assurés, du niveau de garantie retenu, de la date d'effet de l'adhésion et du montant de la cotisation à payer.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent (PACS), âgé(e) de 18 ans à 69 ans inclus.

Date d'effet de l'adhésion : La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies sous réserve du paiement de la 1ère cotisation.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime Obligatoire.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérant à l'un de ces dispositifs, il est possible de consulter le site ameli-direct.ameli.fr

Echéance principale : Echéance annuelle fixée la première fois 12 mois après la prise d'effet des garanties (date anniversaire) puis ensuite au 31/12.

Enfant(s) : Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 28e anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime obligatoire. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Hospitalisation : Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens de la convention Complémentaire Santé les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisation à domicile (H.A.D.) prise en charge par la Sécurité sociale.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Notice d'information : Le présent document qui rassemble les dispositions générales de la convention Sur-Complémentaire Santé et qui définit notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Régime obligatoire : Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié l'Assuré.

Résidence : Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases

de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'Assuré social.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale : Terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

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

L'assureur des garanties d'assurance est REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, siège au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRET, enregistrée au RCS sous le n° 775626377. Contrat géré par ECA-Assurances, 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.