



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Dispositions particulières
Contrat responsable

CALIBRIS SANTÉ[®]



100% SANTÉ



Votre mutuelle Miltis a confié la gestion de votre garantie à
Asrama Gestion

LEXIQUE

100 % SANTE

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

ACTES DE PRÉVENTION PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE BASE

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

- 1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
 - l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes,
 - n'intervienne qu'une fois par dent,
 - soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14^e) anniversaire.
- 2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectue en deux séances maximum) – SC12.
- 3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4) Dépistage hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP012),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP002).
- 6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
- 7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - Coqueluche : avant 14 ans,
 - Hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement son ayant droit affilié : son conjoint.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

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

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties s'appliquent partiellement ou ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉ

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations.

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique qui adhère à la garantie Calbris Santé.

MUTUELLE

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

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB)

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

TICKET MODÉRATEUR (TM)

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

VERRES SIMPLES

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

VERRES COMPLEXES

- Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ;
- Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- Verres multifocaux ou progressifs sphérocyindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ;
- Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ;
- Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ;
- Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

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

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

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières. Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

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

FRAIS PRIS EN CHARGE	NIVEAU 100	NIVEAU 100+	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200
----------------------	------------	-------------	------------	------------	------------

HOSPITALISATION

↳ Frais de séjour

	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
En secteur conventionné					
En secteur non conventionné	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

↳ Honoraires

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS

↳ Forfait journalier hospitalier

Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels

↳ Chambre particulière⁽¹⁾

– 30 € / jour 40 € / jour 50 € / jour 60 € / jour

↳ Bonus fidélité

Après 2 années d'adhésion : frais de télévision (30j / an)	–	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Après 4 années d'adhésion : séjour accompagnant (30j / an)	–	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	20 € / jour

SOINS COURANTS

↳ Honoraires médicaux (Consultations et visites, actes techniques médicaux, obstétriques, chirurgicaux et d'anesthésie, imagerie, échographie)

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS

↳ Consultations et visites de psychiatre et neuropsychiatre

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

↳ Matériel médical (autres que les aides auditives)

100 % BRSS 100 % BRSS 125 % BRSS 150 % BRSS 200 % BRSS

↳ Honoraires paramédicaux

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

↳ Analyses et examens de laboratoire

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

↳ Transport pris en charge par le régime de base

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

↳ Actes de prévention pris en charge par le régime de base

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

↳ Médicaments pris en charge par le régime de base

100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS

OPTIQUE

Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte⁽²⁾ – Dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans

ÉQUIPEMENTS DU PANIER 100 % SANTÉ* Classe A	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
ÉQUIPEMENTS HORS PANIER 100 % SANTÉ Classe B					
↳ Monture	100% BRSS	40 €	50 €	60 €	80 €
↳ Verres simples (par verre)	100% BRSS	40 €	50 €	60 €	80 €
↳ Verres complexes ou très complexes (par verre)	100% BRSS	80 €	100 €	120 €	160 €
↳ Bonus fidélité					
Après 2 années d'adhésion (bonus / verre)	–	+10 €	+12,50 €	+15 €	+20 €
Après 4 années d'adhésion (bonus / verre)	–	+20 €	+25 €	+30 €	+40 €
↳ Suppléments et prestations	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
↳ Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base ⁽³⁾	100 % BRSS ⁽⁴⁾	60 € / an	75 € / an	90 € / an	120 € / an

FRAIS PRIS EN CHARGE	NIVEAU 100	NIVEAU 100+	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200
----------------------	------------	-------------	------------	------------	------------

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES DU PANIER 100 % SANTÉ*	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

SOINS ET PRESTATIONS HORS PANIER 100% SANTÉ

↳ Soins, Inlays, onlays, scellement des sillons et parodontologie	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
↳ Couronne fixe sur dent du sourire (incisives, canines et prémolaires)	100 % BRSS	100 €/dent	125 €/dent	150 €/dent	200 €/dent
↳ Couronne fixe sur dent non visible (molaires et dents de sagesse)	100 % BRSS	50 €/dent	75 €/dent	100 €/dent	150 €/dent
↳ Bridge sur dents du sourire	100 % BRSS	150 €/dent	175 €/dent	200 €/dent	250 €/dent
↳ Bridge sur dent non visible	100 % BRSS	100 €/dent	125 €/dent	150 €/dent	200 €/dent

↳ Bonus fidélité

Après 2 années d'adhésion (bonus / dent)	–	+25 €	+37,50 €	+50 €	+75 €
Après 4 années d'adhésion (bonus / dent)	–	+50 €	+75 €	+100 €	+150 €

↳ Plafond couronnes fixes et bridges par an

1 ^{ère} année d'adhésion :	–	1 dent	1 dent	1 dent	1 dent
2 ^e année d'adhésion :	–	2 dents	2 dents	2 dents	2 dents
Après 2 années d'adhésion :	–	4 dents	4 dents	4 dents	4 dents

↳ Autres prothèses et inlay-core, orthodontie pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
--	------------	------------	------------	------------	------------

AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)

ÉQUIPEMENTS DU PANIER 100 % SANTÉ* Classe I	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

AIDES AUDITIVES HORS PANIER 100 % SANTÉ

↳ Aides auditives de classe II	100 % BRSS	160 € / appareil	200 € / appareil	250 € / appareil	300 € / appareil
--------------------------------	------------	------------------	------------------	------------------	------------------

↳ Bonus fidélité

Après 2 années d'adhésion (bonus / aides auditives)	–	+50 €	+75 €	+100 €	+150 €
Après 4 années d'adhésion (bonus / aides auditives)	–	+100 €	+150 €	+200 €	+300 €

↳ Autres prestations liées aux aides auditives	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SERVICES INCLUS (CF. NOTICE MILTIS SERVICES SANTÉ)

↳ Assistance Santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Protection et assistance juridique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Tiers Payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Espace adhérent	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

*Tels que définis réglementairement.

(1) *Chambre particulière* : délai d'attente de 60 jours sauf en cas d'hospitalisation liée à un accident ou mutation avec un autre organisme d'assurance.

- Durée limitée à 90 jours par an en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale.
- Durée limitée à 30 jours par an dans les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation.
- Prise en charge exclue pour les établissements et unités psychiatriques.

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

(3) *Lorsque le forfait en euros est épuisé, remboursement des lentilles à hauteur du ticket modérateur pour les lentilles prises en charge par le Régime de base.*

(4) *Uniquement lentilles prises en charge par le régime de base*

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Calibris Santé a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à son ayant droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

Elle intervient en complément du régime de base.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie Calibris Santé est confiée à Asrama Gestion, dont le Centre de Gestion est situé 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, ci-après dénommé le Gestionnaire.

ADHÉSION ET VIE DE LA GARANTIE

Conditions d'adhésion

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et son éventuel ayant droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, le membre participant et son ayant droit doivent être âgés d'au moins 55 ans, et d'au plus 90 ans, au moment de l'adhésion.**

Les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, sauf si chaque membre du couple dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'affiliation.

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

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Formalités d'adhésion

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et l'éventuel ayant droit à garantir.

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Gestionnaire de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Droit de renonciation

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

- à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de vente par démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité). Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

- à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion en cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité).

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

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

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

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

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

L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lorsqu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Asrama Gestion – 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades, en recommandé ou en recommandé électronique avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro de membre participant], demeurant à [lieu de résidence] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA]]".

À..... Le

Signature

Prise d'effet des garanties

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

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties, à l'exception de la chambre particulière (cf. descriptif des prestations).

Durée de l'adhésion

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

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

Changement de situation du bénéficiaire des prestations

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

- d'un changement de situation familiale (mariage, décès, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS)), sur présentation d'un justificatif ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet à compter du changement de département de résidence ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

Risques couverts

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

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

Hospitalisation

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

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

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

Fonctionnement du bonus fidélité

Après deux années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'une nouvelle prestation : les frais de télévision.

Après quatre années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie en plus des « frais de télévision », d'une nouvelle prestation : le séjour accompagnant.

Médicaments

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

Fonctionnement des prestations de l'équipement optique

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

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou son ayant droit).

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

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Cas particulier pour les équipements mixtes

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

La prise en charge de chacune des composantes de l'équipement optique (monture et verres), se fera à hauteur des forfaits spécifiquement dédiés à chacune d'entre elles (cf. descriptif des prestations).

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

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

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

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé

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

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

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

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

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

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Fonctionnement du bonus fidélité des verres

Après deux années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « verre » (verre simple, complexe ou très complexe).

Après quatre années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.

Les bonus fidélité après la deuxième et la quatrième année ne se cumulent pas.

Fonctionnement des montants exprimés en euros (hors équipement optique)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur lorsque les prestations sont prises en charge par le régime de base.

Dentaire

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

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

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

Le plafonnement du nombre d'actes (sur les niveaux 100+ à 200) s'applique pour les couronnes fixes et les bridges hors panier 100 % santé, en fonction de l'ancienneté du bénéficiaire des prestations.

Une fois le plafond d'actes atteint pour les couronnes fixes et les bridges pris en charge par le régime de base (sur les niveaux 100+ à 200), le remboursement de ces prestations est limité au ticket modérateur.

Fonctionnement du bonus fidélité des prestations dentaires (couronne fixe et bridge)

Après deux années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « dentaire » (couronne fixe et bridge).

Après quatre années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.

Les bonus fidélité après la deuxième et la quatrième année ne se cumulent pas.

Aides auditives

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

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

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

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

De plus la prise en charge des aides auditives de classe II pour les bénéficiaires des prestations de moins de 20 ans se fera au minimum à hauteur du ticket modérateur.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

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

Fonctionnement du bonus fidélité de l'aide auditive

Après deux années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « aide auditive » de classe II.

Après quatre années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.

Les bonus fidélité après la deuxième et la quatrième année ne se cumulent pas.

Modification de la garantie

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet le 1^{er} jour du mois suivant sa demande.

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

- **En cas de changement pour un niveau supérieur, les bonus de fidélité applicables aux prestations dentaires, optiques et aides auditives sont perdus.** Les bénéficiaires des prestations conservent toutefois le niveau acquis pour le plafond dentaire.

Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 125 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste dentaire, d'un bonus fidélité de 37,50 € par dent, d'un bonus fidélité permettant l'accès aux frais de télévision, d'un bonus fidélité de 12,50 € par verre au sein du poste optique ainsi qu'un bonus fidélité de 75 € sur chaque aide auditive (cf. tableau de prestations).

Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 150. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera de garanties supérieures à son précédent niveau, mais ne bénéficiera plus des bonus de fidélité applicables aux prestations dentaires,

optiques, frais de télévision et aides auditives. Afin d'en bénéficier à nouveau, elle devra attendre sa troisième année d'adhésion sur le niveau 150.

Elle continuera toutefois à bénéficier de son plafond dentaire acquis durant ses années d'ancienneté au titre du niveau 125, soit 4 dents.

- **En cas de changement pour un niveau inférieur, les bonus de fidélité acquis au titre de l'ancienneté du bénéficiaire des prestations demeurent, ainsi que le plafond dentaire, à hauteur du nouveau niveau souscrit.**

Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 150 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste dentaire, d'un bonus fidélité de 50 € par dent, d'un bonus fidélité permettant l'accès aux frais de télévision, d'un bonus fidélité de 15 € par verre au sein du poste optique ainsi qu'un bonus fidélité de 100 € sur chaque aide auditive (cf. tableau de prestations).

Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 125. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera toujours de ses bonus de fidélité. Le montant de ces derniers correspondra au nouveau niveau d'assurance, soit pour le niveau 125, d'un bonus fidélité de 37,50 € par dent, d'un bonus fidélité permettant l'accès aux frais de télévision, d'un bonus fidélité de 12,50 € par verre au sein du poste optique ainsi qu'un bonus fidélité de 75 € sur chaque aide auditive (cf. tableau de prestations).

Étendue territoriale des garanties

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

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Télétransmission

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

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention *"nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire"* figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations de moins de 3 mois délivrées par l'assurance maladie.

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

Les décomptes doivent être adressés à :
Asrama Gestion, Service Gestion des prestations
243, Avenue Cugnot- ZAC des Escampades
84170 MONTEUX
Mail : prestations@asrama.fr

Délai de versement des prestations

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

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

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation. En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé, celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

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

Prise en charge en cas d'hospitalisation

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

Tiers payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations « Optique, Dentaire, aides auditives et Hospitalisation », la prise en charge évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit, et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

Contrôle des prestations

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

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

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

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

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

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

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

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

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

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

RISQUES EXCLUS

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

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle Miltis ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

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

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

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

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

LIMITE DE PRESTATIONS

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

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

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

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du membre participant ;
- en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :

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

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, le membre participant peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Le Gestionnaire confirme la réception de la notification et informe le membre participant par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation par le membre participant en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § "DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS".

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation. Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations et du nombre de personnes assurées.

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

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel et trimestriel mais aussi mensuel lorsque le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

Variations des cotisations et des garanties

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations évoluent contractuellement au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale et des résultats techniques du contrat.

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

Défaut de paiement des cotisations

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

son délégataire de gestion adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

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

DISPOSITIONS DIVERSES

Exonération des cotisations

En cas de décès accidentel du membre participant inscrit au dossier, la mutuelle prend en charge les cotisations « Frais de santé » du conjoint pendant deux ans à compter de la date du décès.

Cette prestation s'applique également à la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe et à la Guyane.

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations « Frais de santé », adressez le certificat de décès à :

Asrama Gestion
Service Gestion des prestations
243, Avenue Cugnot- ZAC des Escampades
84170 MONTEUX.

Mail : prestations@asrama.fr

Examen des réclamations - médiation

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation à Miltis, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé à Asrama Gestion (en précisant son numéro de membre participant) : Service réclamations - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades – 84170 MONTEUX,

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

En cas de désaccord sur la réponse apportée, vous pouvez saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de votre réclamation auprès de la Mutuelle Miltis selon les modalités suivantes :

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

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. À défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

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

Protection des données personnelles

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

l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

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

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

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Asrama Gestion, la mutuelle, et le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

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

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

Asrama Gestion se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Loi et langue applicables

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code de la mutualité. La langue utilisée tout au long de la durée du contrat est la langue française.

Miltis – Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)
N° IDU : FR331494_03EMSE

Asrama Gestion – Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours Albert Thomas, 69003 LYON
RCS LYON 842 565 111 - N° Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.
Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX -
Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

