

SANTÉ Complémentaire

Contrat “responsable et solidaire”

Conditions Générales



Avril 2016

0542-2.02.16



*Vous venez d'adhérer au contrat collectif facultatif pour
les Garanties Santé et l'Allocation Journalière d'Hospitalisation, souscrit par
l'Association Des Adhérents de Contrats Collectifs Santé (A.D.A.C.C.S),
association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.
Siège social : 86 à 90, rue Saint-Lazare 75009 Paris.*

*Vous devenez ainsi membre de l'A.D.A.C.C.S
et un exemplaire des statuts de l'association vous a été remis :
nous vous remercions de votre confiance.*

*N'hésitez pas à consulter votre Conseiller GMF
pour toute information complémentaire.*

••••• 1 • LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 L'objet de votre contrat	8
1.2 Les textes régissant votre contrat	8
1.3 Un contrat santé "responsable et solidaire"	8/9
1.4 Les conditions pour bénéficier des garanties	9
1.4.1 Les conditions à maintenir en permanence	9
1.4.2 Les conditions d'âge au jour de votre inscription au contrat	9
1.5 La territorialité de vos garanties	10
1.6 Les définitions retenues pour l'application de votre contrat	10 à 12
1.7 Les exclusions générales communes aux Garanties Santé et à l'option Allocation Journalière d'Hospitalisation	13

••••• 2 • LES GARANTIES SANTÉ

2.1 Le choix de votre formule de garanties	16
2.2 Que comprend chaque module de soins ?	16 à 21
2.2.1 "Soins courants"	16 à 18
2.2.2 "Optique, dentaire et appareillages"	18 à 20
2.2.3 "Hospitalisation"	20/21
2.3 La prévention	21

••••• 3 • L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

3.1 Les règles de fonctionnement	24
3.2 Les séjours hospitaliers ouvrant droit à la garantie	24
3.3 Le plafond de la garantie	24

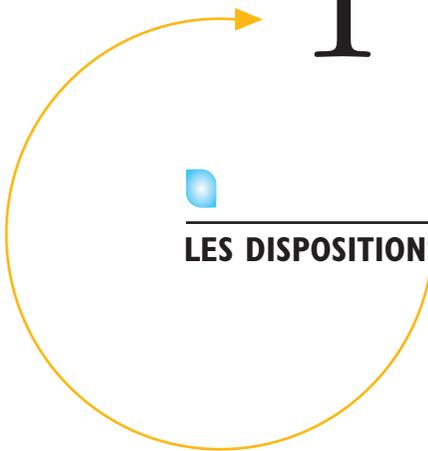
••••• **4 • LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

4.1 Que devez-vous faire ?	26/27
4.1.1 La télétransmission	26
4.1.2 Les documents à nous communiquer	26/27
4.1.3 L'adresse de correspondance	27
4.2 Que réglons-nous ?	27/28
4.2.1 Les conditions d'application de vos garanties	27
4.2.2 Les modalités d'application des limites de remboursements	27/28
4.2.3 Les limitations spécifiques durant la période probatoire	28
4.3 Les services Santéclair	28/29
4.4 L'attestation de tiers payant et l'engagement de prise en charge hospitalière	29
4.5 Le cumul d'assurances santé	30

••••• **5 • LA VIE DU CONTRAT**

5.1 La prise d'effet de vos garanties	32
5.1.1 La prise d'effet immédiate	32
5.1.2 Le délai d'attente	32
5.2 Le délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage	32/33
5.3 La durée de vos garanties	33
5.4 L'évolution de vos garanties	33
5.5 Votre cotisation	34
5.6 Vos déclarations et leurs conséquences	34
5.7 Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	35
5.8 La fin de votre adhésion/la résiliation du contrat	35 à 37
5.9 La subrogation	37
5.10 La prescription	37/38
5.11 La réclamation/la médiation	38

1



LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 • L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat a pour objet le remboursement aux assurés, de tout ou partie, de leurs dépenses de santé en cas de maladie, maternité et accident, en complément des prestations versées par leur Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Les remboursements interviennent **dans la limite des frais réels exposés et des garanties choisies**.

En option, il permet le versement d'allocations journalières en cas d'hospitalisation.

1.2 • LES TEXTES RÉGISSANT VOTRE CONTRAT

Votre contrat est régi :

- **par le Code des assurances,**
- **et par :**
 - les présentes **Conditions Générales**, qui définissent les garanties et nos engagements réciproques,
 - les **Conditions Particulières**, valant

Certificat d'Adhésion, qui décrivent les personnes assurées, les limites des garanties choisies et qui complètent ces Conditions Générales.

Ces 2 documents constituent votre Notice d'Information conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

1.3 • UN CONTRAT SANTÉ “RESPONSABLE ET SOLIDAIRE”

Ce contrat est qualifié par la loi de **“responsable et solidaire”**, ce qui vous permet de bénéficier d'un taux de Taxe de Solidarité Additionnelle aux cotisations d'assurance (T.S.A.) réduit.

La loi qualifie un contrat d'assurance complémentaire santé de **“solidaire”** lorsque l'assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des assurés et qu'il n'impose aucun questionnaire médical à la souscription.

La loi qualifie un contrat d'assurance complémentaire santé de **“responsable”** lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonnés.

Lorsque le parcours de soins coordonnés est respecté, les contrats d'assurance complémentaire santé “responsables” remboursent au minimum :

- l'intégralité du ticket modérateur pour les dépenses de santé couvertes par le Régime Obligatoire y compris les prestations liées à la prévention (sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et l'homéopathie),
- si la formule de garantie choisie la prévoit, une prise en charge des dépassements

d'honoraires majorée pour les soins réalisés par des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.),

- l'intégralité du forfait hospitalier journalier, sans limitation de durée.

En revanche, ils ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire applicable aux consultations, examens de radiologie et aux analyses de biologie médicale,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'optique (si la formule de garantie prévoit un remboursement au-delà du Tarif de Responsabilité), **les contrats d'assurance complémentaire santé "responsables" :**

- respectent des minima et des maxima de prise en charge en fonction du type de verre,
- prennent en charge le renouvellement d'un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de 2 ans pour les adultes (c'est-à-dire 24 mois minimum entre 2 achats).

En cas d'évolution législative ou réglementaire de ces dispositions, le contrat sera mis en conformité.

1.4 • LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Pour être **assuré**, vous devez remplir **cumulativement** les conditions décrites ci-après :

■ 1.4.1 LES CONDITIONS À MAINTENIR EN PERMANENCE

Vous devez :

- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements d'outre-mer, sauf Mayotte,
- être affilié à l'un des Régimes Obligatoires d'assurance maladie suivants : régime général, régime spécial ou régime local d'Alsace Moselle.

A contrario, le Régime Social des Indépendants (R.S.I.) et le régime de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A) ne sont pas accessibles au contrat.

■ 1.4.2 LES CONDITIONS D'ÂGE AU JOUR DE VOTRE INSCRIPTION AU CONTRAT

Vous devez être âgé de moins de 70 ans à cette date quel que soit le niveau de garantie choisi.

1.5 • LA TERRITORIALITÉ DE VOS GARANTIES

Les Garanties Santé s'appliquent en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cependant les remboursements de soins exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire sont couverts :

- s'ils sont **pris en charge** par le Régime Obligatoire français,

- et que des **factures détaillées et leurs traductions correspondantes** sont fournies par la personne assurée.

La Garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation s'applique **exclusivement en France métropolitaine** et dans les **départements d'outre-mer**.

1.6 • LES DÉFINITIONS RETENUES POUR L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

Les termes définis ci-après apparaissent en vert dans les présentes Conditions Générales, afin de vous faciliter la compréhension du texte.

ACCIDENT

Atteinte corporelle soudaine et imprévisible provenant de l'action d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne assurée.

ADHÉRENT

Personne physique majeure, adhérente au contrat collectif facultatif santé souscrit par l'A.D.A.C.C.S, pour bénéficier personnellement des garanties et/ou en faire bénéficier les autres assurés au contrat. Il s'engage au paiement des cotisations et reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte des assurés. Il est désigné comme tel sur vos Conditions Particulières.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période d'assurance comprise entre 2 échéances annuelles de cotisation. Par ailleurs, si l'assurance expire entre 2

échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

ASSURÉ(S)/PERSONNE(S) ASSURÉE(S)

La ou les personnes inscrites sous ce nom sur vos Conditions Particulières.

Peuvent être assurés : l'adhérent au contrat, son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou son partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, leurs enfants fiscalement à charge ainsi que leurs ayants droit respectifs vivant au domicile et figurant sur leur attestation vitale.

AYANT DROIT

Personne rattachée au numéro de Sécurité sociale d'un assuré social. Il s'agit des membres de la famille (conjoint, concubin, pacsé, enfants, ascendants à charge,...) qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel. Ils bénéficient de l'assurance maladie via l'assuré social.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **Tarif de Convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- **Tarif d'Autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de Convention,
- **Tarif de Responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Point de départ d'une période annuelle d'assurance. Elle est indiquée aux Conditions Particulières.

ENFANT ASSURÉ

A cette qualité, l'assuré âgé **de moins de 18 ans** au moment où il reçoit des soins de santé.

ÉTABLISSEMENT(S) SPÉCIALISÉ(S)

Il s'agit des établissements de soins publics ou privés, agréés par le Ministère de la Santé, ayant pour but les traitements psychiatriques ou neuropsychiatriques.

FRANCHISE(S)

Ce sont des sommes qui sont retenues à la source par la Sécurité sociale sur les remboursements de chaque personne assurée sociale. Elles sont dues pour chaque boîte de médicaments achetée ainsi que par acte d'auxiliaire médical ou par transport réalisé. Elles sont plafonnées par année civile et par assuré social.

Conformément à la loi sur les contrats “responsables”, elles ne sont jamais prises en charge par le présent contrat.

HOSPITALISATION

Il s'agit d'une hospitalisation dans un établissement de soins public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé :

- soit pour un séjour comprenant une nuit minimum,
- soit pour un séjour de moins de 24 heures, sans nuitée, avec une entrée et une sortie le même jour (on parle alors d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire).

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident corporel.

MATERNITÉ

Période allant du début de la grossesse, constatée médicalement, jusqu'à l'accouchement.

NOUS

Les assureurs mentionnés sur vos Conditions Particulières.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi.

Le médecin traitant coordonne les soins et adresse le patient vers un autre médecin, dénommé "médecin correspondant", si nécessaire. Le respect du parcours de soins vous permet de bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale sans pénalités. Vous êtes hors parcours de soins lorsque vous n'avez pas choisi de médecin traitant ou lorsque vous consultez un médecin sans prescription préalable du médecin traitant (sauf exceptions prévues par la loi) ; votre ticket modérateur est alors majoré et conformément à la loi sur les contrats "responsables", **cette majoration n'est pas prise en charge par le présent contrat.**

PARTICIPATION FORFAITAIRE SOLIDAIRE

Somme mise à votre charge par le Code de la Sécurité sociale. Elle concerne chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse de biologie médicale. Le montant total de la participation est plafonné par année civile et conformément à la loi sur les contrats "responsables", **elle n'est pas prise en charge par le présent contrat.**

PATIENT HANDICAPÉ

Personne dont le handicap répond à la définition suivante : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la

vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal de Sécurité sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

REMBOURSÉ

Prise en charge, partielle ou totale, de certaines dépenses de santé par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré.

TICKET MODÉRATEUR

Différence, entre la base de remboursement du Régime Obligatoire (prix retenu pour déterminer les remboursements) et le remboursement réel effectué par votre régime de Sécurité sociale, franchises et participations forfaitaires non déduites.

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE

Somme mise à votre charge lorsque vous bénéficiez de certains actes techniques, tarifés ou classifiés comme tels par la Sécurité sociale. Elle s'applique aux actes pratiqués en cabinet, en centre ou en établissement de santé (hôpital, clinique) y compris dans le cadre de consultations externes.

VOUS

L'adhérent et/ou l'assuré au contrat tel(s) que désigné(s) aux Conditions Particulières.

1.7 • LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX GARANTIES SANTÉ ET À L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE dans le cadre des garanties :

- les soins et les frais réalisés avant ou après la période de garantie,
- les soins et les frais réalisés pendant le délai d'attente mentionné sur vos **Conditions Particulières**, sauf dans les cas mentionnés à l'article 5.1.2 des présentes Conditions Générales,
- les soins et les frais non **remboursés par la Sécurité sociale**, sauf ceux expressément mentionnés sur vos Conditions Particulières,
- les cures de toute nature autres que les cures thermales acceptées,
- les actes réalisés au cours d'un séjour en thalassothérapie,
- les traitements esthétiques et leurs conséquences, sauf s'ils résultent d'une **maladie** ou d'un **accident** ayant donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale,
- les séjours en service de gérontologie, de gériatrie ou de tout établissement

- de "long séjour" ainsi que les séjours en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) et maisons de retraite,
- les séjours en centre de rééducation professionnelle,
- les majorations pour visite à domicile fixées par la Sécurité sociale en cas de visites non justifiées.

Conformément à la loi sur les contrats "responsables", ne sont jamais pris en charge :

- les sanctions, pénalités et majorations du **ticket modérateur** prévues à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale pour les consultations hors **parcours de soins coordonnés**,
- la **participation forfaitaire solidaire** et les **franchises** mentionnées à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

2



LES GARANTIES SANTÉ

2.1 • LE CHOIX DE VOTRE FORMULE DE GARANTIE

À l'exception de la formule Éco, dont les garanties ne sont pas modulables, les formules de garanties sont constituées par l'assemblage de 3 modules de soins différents :

- “Soins courants”,
- “Optique, dentaire et appareillages”,
- “Hospitalisation”.

Dans chaque module de soins **nous vous** proposons plusieurs niveaux d'indemnisation.

Les niveaux de chacun des modules peuvent être identiques, inférieurs ou supérieurs entre eux. Cependant **l'écart entre chaque niveau d'indemnisation de chaque module de soins doit être au maximum de un**, en plus ou en moins.

Vos Conditions Particulières mentionnent la formule que vous avez choisie.

2.2 • QUE COMPREND CHAQUE MODULE DE SOINS ?

■ 2.2.1 “SOINS COURANTS”

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application décrites à l'article 4.2, **vous** êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Consultations médicales remboursées, dans le parcours de soins coordonnés**

Consultations médicales y compris celles réalisées à l'hôpital (consultations externes), frais de visites, majoration pour déplacement lors des visites médicalement justifiées et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes,

- **Actes et consultations remboursés, hors parcours de soins coordonnés**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge du seul **ticket modérateur** dans les limites prévues pour les contrats

“responsables”. **Les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires sont exclus.**

- **Ticket modérateur forfaitaire**

Prise en charge du **ticket modérateur forfaitaire**.

- **Auxiliaires médicaux et sages-femmes**

Dès lors qu'ils sont médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale, prise en charge :

- des actes effectués par les **sages-femmes**,
- des actes réalisés par les **auxiliaires médicaux** (exemples : kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes).

- **Analyses biologiques**

Prise en charge des examens et analyses biologiques réalisés sur

prescription médicale et **remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Frais de transport**

Prise en charge des frais de transport, médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Radiologie et imagerie médicale**

Prise en charge des actes d'imagerie médicale, de radiologie dont ostéodensitométrie, d'échographie, I.R.M, endoscopie et scanner lorsqu'ils sont médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Actes et soins médicaux prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient et lorsqu'ils ne sont pas **remboursés** par la Sécurité sociale, prise en charge des actes médicalement **prescrits** ci-après : **amniocentèse, phlébologie, fécondation in vitro et péridurale.**

- **Séances d'ostéopathie, de chiropractie et consultations diététiques non remboursées par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge :

- des séances d'ostéopathie réalisées par un professionnel reconnu conformément au décret 2007-435 du 25 mars 2007,
- des séances de chiropractie réalisées par un professionnel reconnu conformément au décret 2011-32 du 7 janvier 2011,

- des consultations, par un diététicien diplômé, non prises en charge par la Sécurité sociale.

- **Cure thermale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, le montant de votre garantie couvre ce qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale, en matière de frais de soins, de frais de séjour et frais de transport pour les cures thermales médicalement **prescrites, acceptées et remboursées** par la Sécurité sociale.

- **Médicaments, vaccins et petits appareils prescrits et remboursés par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge des **médicaments, vaccins et petits appareils** (exemples : pansements, matériels d'aide à la vie, semelles orthopédiques), médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Médicaments, vaccins, contraceptifs, prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge :

- des médicaments et des vaccins (exemples : vaccins contre la grippe, vaccins du voyageur) médicalement **prescrits** mais non **remboursés** par la Sécurité sociale,
- des contraceptifs **prescrits** mais non **remboursés**, tels que pilules, implants, patchs, **à l'exclusion des préservatifs.**

- **Médicaments en automédication et pharmacie préventive, ni prescrits ni remboursés par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge :

- **des médicaments en automédication**,

médicaments vendus librement en pharmacie et utilisés dans les traitements contre :

- . le rhume et le rhume des foins (rhinite allergique),
- . les maux de gorge et troubles respiratoires,
- . les douleurs, fièvres et maux de tête,
- . les troubles digestifs,

- **de la pharmacie préventive**,

produits pharmaceutiques préventifs vendus librement en pharmacie ci-après :

- . préservatifs,
- . sevrages tabagiques (**après un premier traitement remboursé** par la Sécurité sociale),
- . autotests de détection d'infections urinaires,
- . autotests de détection du cancer colorectal.

■ 2.2.2 “OPTIQUE, DENTAIRE ET APPAREILLAGES”

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application du contrat décrites à l'article 4.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

OPTIQUE

- **Montures, verres correcteurs et lentilles de contact**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge des frais de montures, de verres correcteurs et de lentilles correctrices (y compris jetables) **s'ils sont** médicalement **prescrits, à l'exclusion des produits d'entretien**.

Pour les verres, le montant de la prise en charge varie selon le type et la correction, en fonction des critères suivants :

- **verres simples** : verres simple 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** : verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et verres multifocaux ou progressifs,
- **verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00.

En cas d'acquisition d'un équipement comportant 2 verres de corrections différentes, la prise en charge par verre correspond au montant le plus élevé.

Conformément à la loi sur les contrats “responsables” (si votre formule de garantie prévoit un remboursement au-delà **du Tarif de Responsabilité**), **les frais d’acquisition d’un équipement composé de 2 verres et d’une monture sont remboursés par période de 2 ans (c’est-à-dire 24 mois minimum entre deux achats)**, sauf pour les **enfants assurés** ou en cas de renouvellement de l’équipement justifié par une évolution de la vue, pour lequel la prise en charge s’applique par période d’un an.

- **Chirurgies réfractives de l’œil**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, vous êtes garanti pour les chirurgies réfractives de l’œil non **remboursées** par la Sécurité sociale.

Il s’agit des chirurgies correctrices de la vision traitant notamment la myopie, la presbytie ou l’astigmatisme.

DENTAIRE

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale**

Ce sont les soins dentaires, soins conservateurs et détartrages pratiqués par un chirurgien dentiste y compris les soins inlay/onlay et ceux de stomatologie.

- **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale**

Prise en charge des prothèses dentaires (y compris Inlay-core) faisant l’objet d’un remboursement par la Sécurité sociale.

- **Prothèses dentaires et parodontie non remboursées par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le mentionnent, prise en charge des prothèses dentaires et des frais de parodontie (soins et chirurgie de l’ensemble des tissus de soutien des dents) non **remboursées** par la Sécurité sociale.

- **Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le mentionnent, prise en charge des frais de pose d’implants avec pilier implantaire.

- **Orthodontie enfant**

L’orthodontie est une spécialité médicale qui permet de corriger les mauvaises positions de certaines dents ainsi que les malformations des mâchoires afin de redonner une denture fonctionnelle et esthétique.

Prise en charge de l’orthodontie **acceptée et remboursée** par la Sécurité sociale, **c’est-à-dire celle débutée chez l’enfant de moins de 16 ans.**

L’orthodontie pratiquée chez l’adulte n’est pas prise en charge.

APPAREILLAGES

- **Acoustique et prothèses auditives**

Prise en charge des frais de prothèses et appareillages auditifs médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale.

• **Grand appareillage et appareillage orthopédique**

Prise en charge des frais d'appareillages médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale (exemples : les prothèses internes et externes, les chaussures orthopédiques) ainsi que les grands appareillages (exemples : les fauteuils roulants, les lits médicalisés).

■ **2.2.3 “HOSPITALISATION”**

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations :

- ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une **maladie, d'un accident ou d'une maternité,**
- en **soins palliatifs, moyens séjours, soins de suite et de réadaptation, séjours en établissements de rééducation fonctionnelle,**
- en **établissements spécialisés.**

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application du contrat décrites à l'article 4.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Honoraires et frais de séjours remboursés :**
 - ensemble des honoraires de consultations et frais de soins liés aux traitements et aux actes chirurgicaux pratiqués au cours d'une **hospitalisation,**
 - frais de séjour (ou prix de pension) facturés au cours d'une **hospitalisation.**

- **Ticket modérateur forfaitaire**
Prise en charge du **ticket modérateur forfaitaire.**

- **Forfait journalier hospitalier**
Participation de la personne hospitalisée aux frais d'entretien et d'hébergement, facturée pour toute **hospitalisation.** Son montant varie selon le type d'établissement de soins.

- **Chambre particulière**
Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge du supplément facturé par l'établissement hospitalier **dans les limites indiquées aux Conditions Particulières,** pour la chambre particulière demandée par la **personne assurée.**

- **Forfait multimédia**
Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge des frais de télévision, de téléphone, de connexion internet, de location d'appareil multimédia etc., **dans les limites indiquées aux Conditions Particulières.**

- **Frais de transport**
Prise en charge des frais de transport médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale, **figurant sur vos Conditions Particulières.**

- **Frais d'accompagnement**
Si vos Conditions Particulières le prévoient, règlement des frais engagés à l'occasion d'une **hospitalisation** (exemples : repas de l'accompagnant, lit supplémentaire...).
Prise en charge dans les établissements où l'accompagnement est

autorisé (ou en “Maison des Parents”) suite à l'**hospitalisation** d'un **assuré de moins de 15 ans** ou d'un **patient handicapé**, assuré au contrat, quel que soit son âge.

Garantie non applicable en établissement spécialisé.

- **Prime de naissance ou d'adoption**
Si vos Conditions Particulières le

prévoient, vous bénéficiez d'une prime forfaitaire à la naissance ou à l'adoption de votre enfant.

Cette prime est versée uniquement si votre enfant est inscrit à son tour en tant qu'**assuré** sur votre contrat **dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption**. Une seule prime est versée par famille (au père ou à la mère) à cette occasion.

2.3 • LA PRÉVENTION

En tant que bénéficiaire d'un contrat “responsable”, vous êtes garanti pour l'ensemble des **prestations de prévention** couvertes par le **Régime Obligatoire (RO)**.

Nous intervenons en complément du **Régime Obligatoire (RO)**, **dans la limite des montants de chacune des garanties indiquées sur vos Conditions Particulières.**

3



**L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE
D'HOSPITALISATION**

3.1 • LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

Si vos Conditions Particulières le mentionnent, il s'agit du versement d'une somme forfaitaire pour chaque journée d'**hospitalisation**.

L'**hospitalisation** doit être médicalement **prescrite**, être **remboursée** par la Sécurité sociale et débiter postérieurement à la date d'effet de l'adhésion ou de

l'ajout d'un **assuré**. Ces allocations journalières sont versées uniquement pour les séjours se déroulant pendant la période de garantie.

Les allocations journalières ne sont dues qu'à compter du jour qui suit la première nuit d'hospitalisation.

3.2 • LES SÉJOURS HOSPITALIERS OUVRANT DROIT À LA GARANTIE

La garantie s'applique dans les établissements hospitaliers publics ou privés agréés par le Ministère de la Santé, dans un **service de court séjour** (médecine, chirurgie, **maternité**) **exclusivement**.

La garantie s'applique **uniquement sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer**.

Outre ce qui figure aux exclusions générales, article 1.7, les séjours dans les établissements suivants SONT ÉGALEMENT EXCLUS de la garantie :

- l'**hospitalisation de jour**,
- les **séjours en instituts médico-pédagogiques**,
- les **séjours en établissements spécialisés**,
- les **séjours en établissements de rééducation fonctionnelle**,
- les **moyens séjours et les séjours en établissements de soins palliatifs**,
- les **séjours en soins de suite et de réadaptation**.

3.3 • LE PLAFOND DE LA GARANTIE

Le montant journalier de l'allocation forfaitaire ainsi que le nombre de jours maximum de versements de celle-ci **figurent**

sur vos Conditions Particulières.

Ces limites s'entendent par **assuré**.

4



LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'**adhérent** reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte de l'ensemble des **assurés** au contrat.



4.1 • QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

■ 4.1.1 LA TÉLÉTRANSMISSION

L'**adhérent** et les **personnes assurées**, **nous** autorisent à recueillir directement auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou de tout autre organisme gestionnaire du **Régime Obligatoire (RO)**, les informations nécessaires aux remboursements complémentaires prévus au contrat.

■ 4.1.2 LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER

L'**assuré** doit **nous** adresser dans les meilleurs délais, et au plus tard **dans les six mois qui suivent le remboursement de Sécurité sociale ou l'engagement des dépenses**, les justificatifs décrits ci-après.

• **Pour les actes et soins médicaux, la pharmacie ainsi que les frais d'optique, dentaire et d'appareillage remboursés par la Sécurité sociale :**

- les décomptes de la Sécurité sociale sauf s'ils ont été adressés par télétransmission et/ou tiers payant,
- la prescription médicale,
- le justificatif de changement de vue en cas de renouvellement de l'équipement optique sur une période inférieure à 2 ans, c'est-à-dire :

- une attestation de l'ophtalmologiste, certifiant que la vue de l'**assuré** a évolué,
- ou, à défaut, la communication de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance,
- les factures originales acquittées précisant le montant des dépenses.

• **Pour les actes et soins médicaux ainsi que les frais d'optique, dentaire et d'appareillage non remboursés par la Sécurité sociale :**

- la prescription médicale (quand elle existe),
- les factures originales acquittées et détaillées.

• **Pour la pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale ainsi que les médicaments en automédication et la pharmacie préventive non remboursés :**

- la prescription médicale pour les médicaments, vaccins et contraceptifs prescrits,
- les factures originales acquittées et détaillées.

• **Pour les hospitalisations :**

- les décomptes de la Sécurité sociale,
- les factures acquittées et détaillées,
- le "bulletin d'hospitalisation" renseigné précisant la durée du séjour et mentionnant la discipline.

- **Pour l'option Allocation Journalière d'Hospitalisation**

Le "bulletin d'hospitalisation" renseigné, précisant la durée du séjour et mentionnant la discipline.

- **4.1.3 L'ADRESSE DE CORRESPONDANCE**

GMF Prestations Santé - CS 77049 - 67037 Strasbourg cedex.

4.2 • QUE RÉGLONS-NOUS ?

- **4.2.1 LES CONDITIONS D'APPLICATION DE VOS GARANTIES**

Pour que vos frais soient pris en charge, **la date des soins ou celle de toute autre prestation doit se situer entre la date de prise d'effet des garanties** (y compris pour des soins prescrits antérieurement) **et la date de cessation des garanties.**

- **4.2.2 LES MODALITÉS D'APPLICATION DES LIMITES DE REMBOURSEMENTS**

Les **limites de remboursements** de votre contrat sont précisées sur **vos Conditions Particulières.**

- **Pour la Garantie Optique adulte**, s'agissant des lunettes, elle s'applique aux frais exposés pour l'achat **d'un équipement** composé de 2 verres et d'une monture, **par période de 2 ans (c'est-à-dire 24 mois minimum entre 2 achats)**, si votre formule de garantie prévoit un remboursement au-delà **du Tarif de Responsabilité.**

Exception : En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique par période **d'un an.**

- **Pour la Garantie Optique enfant**, elle s'applique également par période **d'un an.**
- **Pour les autres garanties**, les limites de remboursements **exprimées par an s'entendent par année d'assurance** et non par année civile.

Les montants de garanties non consommés au cours d'une **année d'assurance** ne se reportent pas d'une année sur l'autre ou au profit d'un autre **assuré.**

Les remboursements interviennent toujours dans la limite des frais réellement exposés par l'**assuré.**

Les limites de remboursements sont calculées par **personne assurée.**

Les limites de remboursement exprimées en pourcentage de la **Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)**, incluent le **taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO).**

Les limites de remboursement exprimées **en euros** interviennent **en complément des remboursements du Régime Obligatoire (RO).**

La participation forfaitaire solidaire et les franchises ne sont pas prises en charge.

Pour les hospitalisations en établissement spécialisé la prise en charge des honoraires, frais de chambre particulière et forfait multimédia, **comporte des limitations spécifiques décrites sur vos Conditions Particulières.**

■ 4.2.3 LES LIMITATIONS SPÉCIFIQUES DURANT LA PÉRIODE PROBATOIRE

Lors de l'adhésion au contrat, une période probatoire peut être applicable. **Elle entraîne une limitation de prise en charge de vos frais de soins.**

Cette limitation **temporaire** des remboursements concerne uniquement les frais d'**optique** (en dehors des chirurgies réfractives de l'œil), **les prothèses dentaires non remboursées** par la Sécurité sociale, **la parodontie non remboursée, ainsi que les implants dentaires.**

La durée de cette période probatoire et les limitations de remboursement par type de soins sont précisées sur vos Conditions Particulières.

Lorsque l'inscription d'un nouvel **assuré** intervient au cours de la période probatoire, celle-ci est appliquée uniquement pour la durée restant à courir au contrat à cette date.

4.3 • LES SERVICES SANTÉCLAIR

Conformément à la loi, les assurés disposent du libre choix de leur professionnel de santé (opticien, dentiste, audioprothésiste, etc.)

Cependant, **si vos Conditions Particulières le prévoient, vous** pouvez bénéficier des services de notre partenaire SANTÉCLAIR tels que :

- l'accès à des réseaux de professionnels de la santé partenaires de SANTÉCLAIR pratiquant le tiers payant et proposant des tarifs négociés **vous** permettant de diminuer vos restes à charge,
- un service d'analyse de vos devis santé en optique, prothèses dentaires, audioprothèses, ou en chirurgie lorsque

vous vous rendez chez un professionnel de la santé qui ne fait pas partie des réseaux partenaires de SANTÉCLAIR,

Vous bénéficiez également de prestations accessibles depuis votre espace personnel sur gmf.fr, telles que :

- **“Géoclair”** : un outil de géolocalisation des professionnels de la Santé partenaires de SANTÉCLAIR pour trouver le praticien le plus proche de chez **vous**,
- **“Hospiclair”** : un outil internet de recherche et d'information sur les établissements hospitaliers (palmarès par spécialités, tarifs des chambres particulières, indications des montants des dépassements d'honoraires possibles...),

- **“Top des médicaments”** : service interactif qui permet de trouver le médicament en automédication ayant le meilleur rapport efficacité/prix, à partir des symptômes identifiés,
- **“No smoking®”** : un module interactif d'aide au sevrage tabagique,
- **“Dépist'âge”** : un module interactif délivrant des conseils de prévention adaptés à chaque âge.

4.4 • L'ATTESTATION DE TIERS PAYANT ET L'ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

• Attestation de tiers payant

Si vos **Conditions Particulières le prévoient**, **vous** disposez d'un service de **tiers payant complémentaire** auprès d'un réseau national de professionnels de santé. Ce service **vous** permet d'éviter l'avance des frais de soins avant le remboursement par la Sécurité sociale et/ou par vos garanties complémentaires.

Le tiers payant complémentaire intervient pour les dépenses prises en charge par vos Garanties Santé, en partie ou en totalité, sur présentation de votre attestation de tiers payant à jour, auprès des professionnels de santé signataires.

Seules les dépenses de santé mentionnées sur votre attestation sont prises en charge en tiers payant. Cette attestation personnelle est renouvelée annuellement et délivrée au domicile de l'**adhérent**.

Celle-ci devra **nous** être restituée dans les plus brefs délais en cas de résiliation du présent contrat ou de perte de vos droits d'**assuré social**.

• Engagement de prise en charge hospitalière

Sur votre demande, nos services transmettent à l'établissement choisi pour votre **hospitalisation**, un engagement de prise en charge hospitalière. Cet accord est limité aux garanties acquises sur votre contrat au jour de l'**hospitalisation** et **vous** dispense ainsi d'avancer ces frais.

Les frais non pris en charge par votre garantie (exemples : dépenses personnelles) ou ceux qui excèdent vos garanties, seront à régler directement par vous.



4.5 • LE CUMUL D'ASSURANCES SANTÉ

Si **vous** bénéficiez d'une autre garantie santé complémentaire auprès d'un organisme de prévoyance ou d'assurance santé, il **vous** est rappelé que **par l'application du principe indemnitaire, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.**

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, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Si des remboursements ont déjà été effectués par un autre organisme, **vous** devez **nous** fournir les justificatifs originaux et les décomptes de cet organisme. **Nous vous** réglons alors le reste à charge en fonction des Garanties Santé de votre contrat.

5



LA VIE DU CONTRAT



5.1 • LA PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

■ 5.1.1 LA PRISE D'EFFET IMMÉDIATE

Vos garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur vos Conditions Particulières, **sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation ou fraction de cotisation.**

■ 5.1.2 LE DÉLAI D'ATTENTE

Si vos Conditions Particulières le prévoient, un délai d'attente est applicable avant toute prise en charge ou versement :

- des frais de soins liés à une **hospitalisation**, à l'exception du **ticket modérateur sur les honoraires, les frais de séjour et de transport, du forfait journalier hospitalier et du ticket modérateur forfaitaire**,
- de la prime de naissance ou d'adoption.

Sa durée est précisée sur vos Conditions Particulières.

Lorsque l'inscription d'un nouvel **assuré** intervient au cours du délai d'attente, celui-ci est appliqué uniquement pour la durée restant à courir au contrat pour **vous** à cette date.

Ce délai d'attente n'est pas appliqué :

- si l'**hospitalisation** de l'**assuré** est consécutive à un **accident** postérieur à son inscription au contrat,
- si l'**adhérent**, lorsqu'il est **assuré au contrat**, fournit lors de son **adhésion** des justificatifs détaillés (certificat de radiation, certificat de résiliation...) d'un précédent contrat santé, le garantissant auprès d'un autre organisme au jour de son adhésion au contrat ou résilié depuis moins de 3 mois à cette date.



5.2 • DÉLAI DE RENONCIATION AU CONTRAT SOUSCRIT DANS LE CADRE D'UN DÉMARCHAGE

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (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 dans ce cadre 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 accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette disposition n'est pas applicable si vous avez déjà mis en jeu les garanties du contrat.

Il vous suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandée avec accusé de réception à GMF -"service renonciation" 45930 Orléans cedex 09, selon le modèle ci-après.

Vos garanties cesseront à compter de la réception de votre lettre de renonciation et **vous** serez **remboursé** dans les 30 jours des sommes déjà versées

excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).

Date et signature".

5.3 • LA DURÉE DE VOS GARANTIES

Votre contrat est annuel et renouvelé automatiquement d'année en année à chaque échéance principale par tacite reconduction.

Les Garanties Santé **sont des garanties viagères et ne sauraient être résiliées par nous en fonction de votre âge ou de votre état de santé actuel ou futur.**

L'option Allocation Journalière d'**Hospitalisation** prend fin automatiquement

à l'échéance principale qui suit le 70^{ème} anniversaire de chaque personne assurée en bénéficiant.

En cas de décès de l'**adhérent**, les garanties sont maintenues pour les autres **assurés** figurant aux Conditions Particulières pendant une période de 2 mois. Au-delà de cette période, un des **assurés, s'il est majeur** peut adhérer afin de continuer l'engagement initial. Passé ce délai, le contrat est résilié pour l'ensemble des **assurés**.

5.4 • L'ÉVOLUTION DE VOS GARANTIES

Vous pouvez faire évoluer les garanties des **assurés**, à la hausse comme à la baisse, après **un délai minimum d'un an d'assurance dans la formule choisie** et ce pour chacun des **assurés**.

Les modifications législatives ou réglementaires peuvent entraîner une baisse des remboursements de votre **Régime Obligatoire (RO)**. **Afin de conserver l'équilibre initial du contrat, nous pourrions réviser à la baisse les garanties impactées.**

5.5 • VOTRE COTISATION

Les critères tarifaires retenus pour le calcul de votre cotisation sont **l'âge de chaque assuré**, les niveaux des Garanties Santé, le **Régime Obligatoire (RO)** de Sécurité sociale de chaque **assuré**, le lieu de résidence de l'**adhérent**, le nombre de **personnes assurées** au contrat ainsi que la présence d'options au contrat.

• Évolution de votre cotisation à l'échéance principale :

- évolution **automatique en fonction de l'âge de chaque personne assurée**,
- évolution du fait des résultats

techniques pour l'ensemble des **assurés** au contrat collectif, relevant des mêmes catégories et critères tarifaires.

• Évolution de votre cotisation en cours d'année suite à :

- changement du lieu de résidence de l'**adhérent**,
- changement de **Régime Obligatoire (RO)** d'un **assuré**,
- modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale.

5.6 • VOS DÉCLARATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES

L'**adhérent** est tenu de **nous** informer **dans les 15 jours** de sa connaissance **de tout événement** concernant chaque **personne assurée** et susceptible de modifier les modalités de gestion à savoir notamment tout **changement** :

- de numéro de Sécurité sociale,
- de caisse primaire d'assurance **maladie** ou du centre de paiement,
- de régime de Sécurité sociale,
- de domicile ou de coordonnées bancaires,
- dans la situation ou la composition familiale, notamment naissance, mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, séparation, divorce, décès ou perte de la qualité d'**ayant droit**.

Le changement de régime social pour un autre régime autorisé par le contrat est pris en compte à la date de changement effectif du régime, même en cas de notification tardive.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de l'adhérent, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de prestations santé et/ou le versement d'allocations journalières d'hospitalisation, entraîne la nullité du présent contrat.

5.7 • LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

Le montant de votre cotisation **vous** est communiqué lors de chaque **échéance**, sur votre **avis d'échéance**. Elle est payable annuellement et d'avance sauf mention contraire sur vos Conditions Particulières et sur l'**avis d'échéance**.

Si vous ne payez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation réclamée dans les 10 jours suivant son échéance, nous pouvons **vous** envoyer par lettre recommandée une mise en demeure adressée à votre dernier domicile déclaré.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

À défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette

mise en demeure, votre adhésion sera résiliée et vous serez **vous** et les autres **assurés** exclus du contrat collectif. **Vous** perdrez de ce fait votre qualité d'**adhérent** à l'A.D.A.C.C.S.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer les cotisations émises ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais de soins prescrits ou effectués, durant cette période de suspension et à l'issue de celle-ci en cas de résiliation, ne seront pas pris en charge.

5.8 • LA FIN DE VOTRE ADHÉSION/LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Votre adhésion au contrat est annuelle et reconduite automatiquement d'année en année sauf résiliation par **vous** à l'**échéance principale**. **Vous** disposez d'un droit annuel de résiliation moyennant **un préavis de 2 mois** ainsi **qu'en cours d'année dans certaines circonstances décrites** dans le tableau ci-après.

Lorsque vous résiliez le contrat, **vous** devez **nous** le notifier, soit par lettre recommandée, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de nos Agences GMF.

Lorsque le contrat est résilié à l'**échéance principale**, la date de départ du délai de préavis est celle de l'envoi figurant sur la lettre recommandée ou celle du récépissé.

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions énoncés dans les tableaux ci-dessous :

RÉSILIATION OU RETRAIT D'UN ASSURÉ PAR VOUS		
MOTIFS	DÉLAI D'ENVOI DE LA LETTRE RECOMMANDÉE	PRISE D'EFFET
Faculté annuelle de résiliation du contrat.	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale.	Au jour de l'échéance principale à zéro heure.
Faculté annuelle de retrait d'un assuré au contrat.	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale.	Au jour de l'échéance principale à zéro heure.
Adhésion à un contrat groupe santé obligatoire via votre employeur.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 ^{er} jour du mois qui suit la réception de votre demande et d'un justificatif de l'employeur.
Adhésion au bénéfice de la CMU.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 ^{er} jour du mois qui suit la réception de vos justificatifs.
Adhésion au bénéfice de la CMU-C.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au jour de réception de votre lettre justificative.
Adhésion au bénéfice de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au jour de réception de votre lettre justificative.
Augmentation de votre cotisation suite à changement du lieu de résidence de l'adhérent ou de changement de Régime Obligatoire d'un assuré (cf. article 5.4).	Au plus tard 3 mois suivant la date de l'événement.	Un mois après la réception de votre lettre justificative de résiliation.
Réduction par nous de vos garanties contractuelles en dehors des modifications législatives ou réglementaires.	Au plus tard un mois après avoir reçu les documents contractuels modifiés.	Au 1 ^{er} jour du mois qui suit la réception de votre lettre de résiliation.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que vous en avez connaissance.	30 jours après la date de réception de votre lettre de résiliation.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	30 jours après la date de réception de votre lettre de résiliation.

RÉSILIATION PAR NOUS		
MOTIFS	DÉLAI D'ENVOI DE LA LETTRE RECOMMANDÉE	PRISE D'EFFET
Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation.	Envoi d'une lettre de mise en demeure au plus tôt 10 jours après l'échéance.	Suspension 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Résiliation 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.
Omission, inexactitude, déclaration intentionnellement fautive ou fraude de l'adhérent (cf. article 5.6).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Résiliation 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que nous en avons connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements d'outre-mer.	Dès que nous en avons connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.

Lorsque **nous** résilions le contrat, **nous vous** adressons la notification par lettre recommandée à votre dernier domicile déclaré.

Lorsque le contrat est résilié au cours d'une période d'assurance,

nous vous remboursons la fraction de cotisation afférente à la période non garantie **sauf lorsque nous résilions le contrat pour non-paiement de cotisation.**

5.9 • LA SUBROGATION

Il s'agit du droit, de **nous** substituer à la **personne assurée** pour récupérer auprès d'un tiers responsable, les

sommes que **nous** avons payées au titre des Garanties Santé.

5.10 • LA PRESCRIPTION

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ou **demande de remboursement** ne peut plus être présentée.

Toute action dérivant du présent contrat est **prescrite par 2 ans** à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où **nous** en avons eu connaissance,
- en cas de demande de remboursement, qu'à compter 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, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'**assuré** ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée (commandement ou saisie) signifié à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,

- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'experts à la suite **d'une demande de remboursement**,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
 - . de l'**adhérent** ou de l'**assuré** à **nous** pour le règlement des prestations santé et/ou allocation journalière d'hospitalisation,
 - . de **nous** à **vous** pour action en paiement de la cotisation.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre de la procédure de médiation prévue au présent contrat ou par la conclusion d'une convention de procédure participative prévue à l'article 2062 et suivants du Code Civil.

5.11 • LA RÉCLAMATION/LA MÉDIATION

Si un différend persiste entre **vous** et **nous**, **vous** pouvez **vous** adresser à notre **“Service Sociétaires” : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex.**

Nous accuserons réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse **vous** est apportée entre-temps.

Nous nous engageons à **vous** répondre ou à **vous** tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans un délai maximum de 2 mois.

Si un désaccord persiste, malgré les explications fournies, **vous** avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09**

ou directement sur le site internet :
www.mediation-assurance.org*

** La charte “la Médiation de l'Assurance”, précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance, est disponible sur ce site.*

