

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.
- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.
- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NCGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).
- A l'exception des cas où nous régions directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.
- Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au Certificat Personnel d'Adhésion.

**- Cas particulier du forfait Optique :**  
La Garantie Santé comprend un forfait optique limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. En cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Dans les autres cas, le forfait mentionné au tableau de garanties incluant le ticket modérateur ne sera versé que tous les deux ans. Le délai de deux ans s'entend à compter de la date d'effet du contrat.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans comprenant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

**- Cas particulier de l'Avantage Fidélité :** à partir de la 3ème année d'assurance, les garanties suivantes sont majorées :

- dentaire :** les remboursements du Dentaire remboursé sont majorés selon les limites précisées dans la formule de garantie souscrite dans la limite annuelle du plafond dentaire. Ces remboursements ne se cumulent pas avec les remboursements des deux premières années.
- pack Prévention, Médecine complémentaire :** le forfait est majoré dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait des deux premières années.

**- Cas particulier de la Médecine complémentaire :** séances effectuées par des acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, épithés, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédiatres, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues et sophrologues. Ces actes non pris en charge par le régime de base sont pris en charge dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

**- Cas particulier du Pack Prévention :** certains honoraires, médicaments et actes de prévention, prescrits et non remboursés par le régime de base sont remboursés dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. La liste exhaustive des médicaments, actes et honoraires remboursables est jointe avec le Certificat Personnel d'Adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des Adhérents.

**- Cas particulier des Cures Thermales :** il s'agit des cures thermales prises en charge par le régime obligatoire et effectuées dans des stations thermales conventionnées par le régime obligatoire. L'hébergement et les dépassements de soins sont remboursés à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait selon la garantie choisie, pour une Cure thermale telle que définie ci-dessus.

**- Cas particulier des renforts :**  
**- le renfort optique :** forfait supplémentaire pour les verres complexes ou hypercomplexes ou mixtes remboursés par le régime obligatoire tels que définis dans le lexique, les lentilles rembourées ou non par le régime obligatoire, la chirurgie réfractive des yeux.

Pour les équipements avec verres complexes, hypercomplexes ou mixtes, le renfort optique ne vient en complément du forfait optique que tous les deux ans et suivant la même périodicité que le forfait relatif à la formule souscrite.

**- Le renfort « forfait automédication » :** certains Médicaments non prescrits, délivrés par des pharmaciens, sont remboursés dans la limite annuelle précisée du renfort souscrit. Les classes de médicaments concernées, identifiées par leur DCI : dénomination commune internationale, sont jointes avec le Certificat Personnel d'Adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des Adhérents.

**LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS**

• Tiers payant : si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispersion d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires. L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité. Dans le cadre de la formule SPHospil, seul le service prise en charge hospitalisation est accessible.

**• Les Services d'Assistance Santé :**

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de vos garanties d'assistances sont indiquées dans une convention d'assistance jointe à votre Certificat Personnel d'Adhésion.

**Art.14 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS**

**LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE**  
**Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :**

- **hospitalisation** : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **la médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : l'original du décompte du régime de base.
- **le dentaire** : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **l'optique** : l'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- **honoraires, médicaments et actes de prévention du Pack Prévention** : selon la situation la note d'honoraires, la prescription médicale, la facture détaillée précisant les dépenses réelles.
- **les praticiens de la Médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **automédication** : la facture détaillée de l'officine présentant la dénomination communinternationale (dci) du médicament et la vignette pour les médicaments habituellement pris en charge par le régime obligatoire.

**Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.**

**CONTROLE DES DEPENSES - CONTROLE MEDICAL**

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :  
- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.  
- de se faire examiner par un médecin choisi par l'Assureur.

**L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.**

**ARBITRAGE**

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'adhérent et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chaque des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

**Art.15 - RESILIATION**

15.1 - L'adhésion peut être résiliée :  
PAR L'ADHÉRENT :

- à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, sous réserve à chaque échéance principale livée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.
- IMPORTANT : réduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).**
- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'Adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de l a demande de résiliation.

DE PLEIN DROIT :  
- à la date de cessation d'activité d'assurance de la REMA.  
- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

CONTRACTUELLEMENT : En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

15.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Lefebvre -BP189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.
- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

15.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

15.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renoncation.

15.4.1 - En cas d'exercice du droit à renoncation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renoncation. En cas de renoncation l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime restée due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renoncation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renoncation.

15.4.2 - En cas d'exercice du droit à renoncation dans le cadre des articles L112-2-1 du Code des assurances et L121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
- si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

**Art.16 - PRESCRIPTION**

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

**Article L114-1 :** Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1/ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2/ En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à. Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2/, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

**Article L114-2 :** La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Article L114-3 :** Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

**Art.17 - SUBROGATION**

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

**Art.18 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉ**

Conformément à la loi **informatique et libertés** du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est **CEGEMA**, l'organisme de gestion du contrat, mentionné sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par **CEGEMA**, et l'envoi de documents concernant les produits de **Ma santé facile**, destinataire, avec leurs mandataires, partenaires, l'association **C.MONASSO** et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein de **REMA**, l'assureur, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquences le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à **CEGEMA - Service Informatique**, 679, avenue Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse à l'attention du Médecin Conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

**Art.19 - RECLAMATIONS - MEDIATION - AUTORITE DE CONTROLE**

- **Votre premier contact : votre interlocuteur habituel.** En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex - téléphone **04.92.02.08.50**
- **Votre deuxième contact : le Service Réclamation.** Si un désaccord persiste, le Souscripteur peut intervenir auprès de : Service Réclamation CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex - email : [serviceclamations@cegema.com](mailto:service reclamations@cegema.com)

- **En dernier recours : le Service Médiation** Le service Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Service Réclamation en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

• **Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA**  
Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Service Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

**Art.20 - AUTORITE DE TUTELLE**

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61, rue Talbot - 75436 Paris Cedex 09.

**Art.21 - POSSIBILITE DE RENONCIATION**

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation. Cette renoncation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - Centre de Gestion - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous. La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A R par CEGEMA. **Les conséquences du droit à renoncation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.**

Article L112-9-1 premier alinéa 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 demande d'avis 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 [...]. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renoncation.*

**Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation :**  
L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat Personnel d'Adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de mon éventuelle renoncation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

**Modèle de lettre de renoncation :**  
*Modèle de lettre de renoncation : (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat S@nténior Plus (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).*

S@nténior Plus, contrat commercialisé par Ma santé facile, SA de Courtage d'Assurances au capital de 600.000 € Siège Social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois Perret - 523 227 060 RCS Nanterre N° d'immatriculation d'intermédiaires : 10 057 296 vérifiable auprès de l'Orias (www.orias.fr) : 1, rue Jules Lefebvre - 75331 Paris cedex 09.



**Ma mutuelle d'assurance santé**  
**Réservée aux 55 ans et +**

Document non contractuel / Mod. 3384 / 02.2015 / Imprimerie Zimmermann - 04.93.22.56.16 - Crédit photos Fotolia

# S@nténior +

By Ma santé facile

- Demande d'adhésion
- Tableau des garanties
- Notice d'information
- Mandat de prélèvement

[www.masantefacile.com](http://www.masantefacile.com)

L'assurance santé qui vous change la vie



3/4 Notice d'information S@nténior + 02-2015

Mandat de prélèvement SEPA à remplir au verso et à découper selon les pointillés

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA AU VERSO**

**Etre assuré chez Ma santé facile,**  
c'est la garantie de bénéficier de services qui font toute la différence.

Grâce à nos boutiques et notre Mag santé, Ma santé facile vous permet de bénéficier gratuitement d'informations pratiques autour de la santé et de la prévention.

Inscrivez-vous à notre Newsletter et découvrez tous nos articles d'actualité santé réalisés par nos spécialistes santé partenaires, nos dossiers complets et nos Tests et Quizz santé interactifs du moment.

**Rendez-vous sur**  
**[www.masantefacile.com](http://www.masantefacile.com)**

**Ma santé facile**, SA de courtage d'Assurances au capital de 600 000 €  
Siège social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois perret  
523 227 080 RCS Nanterre • N° d'immatriculation d'intermédiaire : 10 057 296 vérifiable auprès de l'Orias (www.orias.fr) - 1, rue Jules Lefebvre - 75331 Paris Cedex 09.

CEGEMA Assurances : Siège social : 679, avenue du Dr Julien LEFEBVRE  
BP 189 - 06272 VILLENEUVE LOUBET Cedex - Tél. 04 92 02 08 50 - Fax 04 92 02 08 60  
S.A. de gestion et de courtage d'assurances au capital de 300 000 € - ORIAS N°07001326 - RCS Antibes B 37896485

**[www.masantefacile.com](http://www.masantefacile.com)**

Alors, n'hésitez pas et venez vous inscrire sur :  
prévention réalisés par des spécialistes santé partenaires,  
site internet avec des quizz, des articles d'actualité et des dossiers autour de la santé, du bien-être et de la

Centre de Gestion CEGEMA Assurances  
679, avenue du Dr. Julien LEBEVBRE  
B.P. 189  
06272 VILLENEUVE LOUBET Cedex

Tel : 04 92 02 08 50  
Fax : 04 92 02 08 60  
Email : [info@cegema.com](mailto:info@cegema.com)

**Pour toute question :**

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative N° 52040001 (Madelin), N° 52040002 (Non Madelin) et N° 52040003 (SP-Hospi).

-souscrit par C.MONASSO ci-après dénommée « Association », Association loi 1er juillet 1901  
Siège social : 7 rue Béginand – 92300 Levallois-Perret.  
- auprès de la REMA (La Réunion des Mutuelles d'Assurances Régionales) l'assureur, Société d'assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entreprise régie par le Code des assurances.  
Siège social : 137 rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret.

La gestion des adhésions au contrat, par accord entre l'Association et l'Assureur et par délégation de l'Assureur, est effectuée par CEGEMA (S.A. de gestion et de courtage d'assurances - au Capital de 300 000 € - RCS Antibes B 378 966 485 - N° Orias : 07 001 328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex), ci-après : "le délégataire".

## LEXIQUE

**Adhérent / Sociétaire** : la personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association et adhérent au Certificat Personnel d'Adhésion. Tout Adhérent au contrat d'assurance est fait Sociétaire de la REMA. L'adhésion à l'Association C.MONASSO et à ses statuts résulte automatiquement de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

**Assuré** : la (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désigné(e) au Certificat Personnel d'Adhésion.

**Année d'assurance** : période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

**Base de remboursement** : l'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

**Tarif de Convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.

**Tarif d'Autorité (TA)** pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

**Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareils et autres biens médicaux.

**Catégories de médecins** : il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

**Médecin conventionné en secteur 1** : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.

**Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)** : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

**Médecin conventionné en secteur 2** : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

**Médecin conventionné ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)**. En adhérant au Contrat d'accès aux Soins défini par le régime obligatoire, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

**Médecin non conventionné** : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

**Certificat Personnel d'Adhésion** : document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne la formule de garantie souscrite et le montant de la cotisation.

**Conclusion de l'adhésion** : l'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.

**Délai d'attente** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera pas garanti. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.

**Dépassement d'honoraires** : la partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

**Échéance principale** : date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

**Forfait annuel dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire** : forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

**Garantie** : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

**Nullité** : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

**Parcours de soins** : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres).

**Plafond dentaire** : montant maximum remboursé par an, par bénéficiaire, exprimé par formule de garantie choisie. Les remboursements des actes dentaires et le forfait dentaire non remboursé ne rentrent pas dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge à 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

**Régime Obligatoire** : le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié l'Adhérent.

**Ticket modérateur - TM** : différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

**Transport** : le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

**Verres complexes** : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.

**Verres hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

**Verres mixtes** : foyer dont au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

**Verres simples** : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

**PRÉAMBULE**  
**Votre adhésion au contrat est :**

• Régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment le Code des assurances.

• En accord avec l'Association C.MONASSO, CEGEMA et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

• Constituée des éléments suivants :

- Les statuts de l'Association

- Les statuts de la REMA fournis à la demande de l'adhérent

- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les

risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.

- La Loi Certificat Personnel d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties.

**Art.1 - OBJET DU CONTRAT**

Le contrat S@nténior Plus a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

**Art.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT**

**L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.**

• **Garanties «Contrat Solidaire»** : L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

• **Garanties «Contrat Responsable»** :

A l'exception de la formule SP-Hospi, les différentes formules de garantie santé du contrat S@nténior Plus respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit « Responsable ».

Par contrat « Responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application. A ce titre, en termes de garantie :

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale ;

- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au I et II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;

- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale ;

- Il doit prendre en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, (sauf en établissements médico-sociaux) ;

- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat. Il doit prévoir un plafond et un plancher sur les frais d'optique.

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

**Art.3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?**

Pour adhérer au contrat, vous devez :

• Être membre de l'association souscriteur du contrat (adhésion moyennant le paiement d'un droit unique d'adhésion),

• Être âgé de 55 ans ou plus

• Être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

• Respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

**Dispositions spécifiques au contrat n° N°52040001 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut Travailleurs Non-Salariés (TNS) souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :**

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et vous engager à être, jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

**Art.4 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION**

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat Personnel d'Adhésion, son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

**Age limite d'adhésion des formules Santé :**

- pas de limite d'âge à l'adhésion sauf pour les formules SP-Hospi, SP3 ou SP4 où la limite d'âge d'adhésion est 80 ans révolus.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

**Conditions d'adhésion des renforts :**

- pour la formule SP-Hospi, les renforts ne peuvent pas être souscrits.

- pour la formule Essentiel 1, seuls les renforts Hospitalisation et Automédication peuvent être souscrits.

- il n'y a pas de limite d'âge de souscription des renforts pour les formules Essentiel 2, SP1 et SP2.

- pour les formules SP3 et SP4, l'âge limite de souscription des renforts est 80 ans.

**Art.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION**

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat Personnel d'Adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 14 : « ART.14 – Résiliation ». Vous ne pouvez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

**Art.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE**

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat Personnel d'Adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Aucun délai d'attente sur l'ensemble des garanties Santé à l'exception de la formule SP-Hospi pour laquelle le délai est de 1 mois (un mois). Ce délai peut être abrégé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes.

**Art.7 - TERRITORIALITÉ**

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

**Art.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS**

**8.1 - Les exclusions générales**

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui en résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,

- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,

- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou

inconsciente,

- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altérations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),

- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

**8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service**

Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie,

- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

**8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :**

Nous ne garantissons pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ;

- le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de CEGEMA indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré.

- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,

- les cures de sommeil, séjours, hospitalisations d'amincissement, de rajeunissement, de désintoxication, ainsi que leurs suites.

**8.4 - Limitations**

- Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière pour le malade choisie est limitée à 30 jours par an et par assuré.

- Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

- Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie : la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue est limitée à 6 par an et par assuré. Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations se limitera au ticket modérateur.

- Toute récence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113- 8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

**ART.9 - VOS DECLARATIONS**

**9.1 - A l'adhésion**

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat S@nténior Plus, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat Personnel d'Adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de prélever la cotisation adéquate.

**9.2 - En cours d'adhésion**

**Vous devez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :**

• toute modification des éléments spécifiques au Certificat Personnel d'Adhésion,

• les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,

• les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute récence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113- 8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

**9.3 - Les autres documents à nous transmettre**

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

**9.4 - Validité de vos déclarations**

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen. L'emploi de documents ou la production de renseignements inexactes ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

**Art.10 - VOS COTISATIONS**

**10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations**

En début d'adhésion : le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat Personnel d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la

prise d'effet des garanties et du domicile de l'Adhérent.

**En cours d'adhésion :**

- en cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de 3 % de 61 ans à 75 ans, de 3,5% de 76 à 80 ans et de 4% au-delà de 80 ans.

- en cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat Personnel d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

- votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

**10.2 - La variation de vos cotisations**

• Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :

- évolue en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.

- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évaluation des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

**10.3 - Le paiement de vos cotisations**

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat Personnel d'Adhésion.

**10.4 - Le non-paiement de vos cotisations**

• A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

• Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

**Art.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES**

L'Adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'assureur.

**Art.12 - MODIFICATION DU CONTRAT**

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le présent contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents au présent contrat, selon les dispositions de l'article L.141- 4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

**Art.13 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?**

**Votre Garantie Santé**

• Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au versu du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au Certificat Personnel d'Adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués. Toutefois nous prenons en charge le ticket modérateur pour tous les actes pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

• La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

## DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA