



MA SANTÉ ?

BIEN TROP PRÉCIEUSE

POUR LA CONFIER

AU PREMIER VENU.

**COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ**

Je confie ma complémentaire santé
à **UN GROUPE D'ASSURANCE MUTUALISTE
ET D'ÉTHIQUE MILITAIRE.**

Notice d'information

Édition janvier 2018

www.agpm.fr

LA SOLIDARITÉ EST DANS NOS GÈNES
ASSURANCE, ÉPARGNE, SANTÉ, PRÉVOYANCE



L'AGPM EST TÉGO

Contrat AGPM Santé

Le présent contrat d'assurance complémentaire santé est assuré par AGPM Assurances à l'exception de la garantie Forfait Naissance-Adoption portée par AGPM Vie.

Ce contrat est solidaire et responsable au sens de la législation en vigueur. Par contre, il n'est pas homologué pour faire bénéficier les assurés du versement d'une aide à la complémentaire santé (ACS) au sens du décret du 10 avril 2015. Il comporte une garantie assistance assurée par AGPM Assurances et sa mise en œuvre est confiée à INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE.

1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier le souscripteur et/ou les assurés-bénéficiaires qu'il désigne, de prestations de prise en charge des frais de soins engagés en complément de l'intervention de l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie française auquel il(s) est(sont) affilié(s). Dans certains cas, ce contrat vous permet également de percevoir un forfait ou une prise en charge partielle de la dépense engagée en l'absence d'intervention de l'un de ces régimes.

2 TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'appliquent exclusivement aux soins reçus en France métropolitaine et dans les DROM. À titre exceptionnel, des soins reçus en dehors de ces territoires peuvent être pris en charge s'ils ont été reçus lors d'un séjour exceptionnel (d'une durée inférieure à 90 jours) et s'ils sont pris en charge par l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie française. Les factures détaillées de ces soins (et leur traduction le cas échéant) devront nous être fournies. **Par dérogation, la durée de 90 jours mentionnée ci-dessus n'est pas opposable aux militaires en mission, en MCD* ou en OPEX*.**

3 CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Pour pouvoir souscrire ce contrat, vous devez :

- être âgé de plus de 18 ans et de moins de 70 ans,
- être affilié à l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie française,
- ne pas être bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU, CMU-C),
- ne pas être bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS),
- accepter l'échange d'informations avec votre régime obligatoire d'Assurance Maladie à la seule fin du traitement des prestations de prise en charge des frais de soins afférentes au contrat,
- résider en France métropolitaine ou dans un DROM.

La souscription n'est soumise à aucun questionnaire de santé.

4 PRÉSENTATION DES MODULES DE GARANTIES

Nous vous proposons quatre modules de soins différents et indissociables :

- module Soins courants,
- module Optique, Dentaire & Appareillages,
- module Hospitalisation,
- module Bien-être & Prévention.

Dans chaque module de soins, vous avez le choix entre 5 niveaux de garantie.

Un même contrat ne peut comporter que deux formules (couplage module-niveau) : la première pour le souscripteur et son conjoint*, partenaire* ou concubin (ou un autre assuré-bénéficiaire adulte), la deuxième pour ses/leurs enfants.

Le détail du contenu de ces modules et des niveaux de garantie est spécifié sur le Tableau des prestations mis à jour chaque année, le cas échéant. **Ce tableau vous est remis en annexe de la présente notice d'information.**

Le module Bien-être & Prévention comprend une garantie Forfait naissance-adoption permettant de bénéficier d'une indemnité forfaitaire relative à la naissance ou l'adoption de chaque enfant ; le montant de cette garantie est précisé dans le Tableau des prestations. L'indemnité correspondante est versée sous les conditions cumulatives suivantes :

- inscription de l'enfant dans les deux mois de sa naissance ou de son adoption,
- présentation de l'acte de naissance ou d'adoption ou de la copie du livret de famille,
- à condition que l'un au moins de ses parents soit assuré au titre du présent contrat à la date de naissance-adoption.

Si les deux parents ont la qualité d'assuré au titre du présent contrat, il n'est versé qu'un seul forfait naissance adoption par enfant né ou adopté.

5 DÉSIGNATION DES ASSURÉS-BÉNÉFICIAIRES

Vous devez indiquer sur votre proposition d'assurance les coordonnées des personnes que vous souhaitez voir bénéficier des garanties (assurés-bénéficiaires).

Outre le souscripteur du contrat, peuvent être désignés comme assurés-bénéficiaires :

- son conjoint, partenaire ou concubin, âgé de moins de 70 ans,
- les enfants mineurs du souscripteur ou de son conjoint, partenaire ou concubin,
- les enfants majeurs du souscripteur ou de son conjoint, partenaire ou concubin, âgés de moins de 30 ans poursuivant des études ou à la recherche de leur premier emploi,
- les ayants droit du souscripteur ou de son conjoint, partenaire ou concubin.

6 VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SOINS

Le montant de vos remboursements dépend des modules et des niveaux de garanties que vous avez souscrits, de la nature de vos frais de soins et de la situation conventionnelle, dont la signature du contrat d'accès aux soins*, du prestataire de soins que vous avez choisi.

Les remboursements sont effectués déduction faite de ceux préalablement émis par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie dont vous dépendez et/ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel vous pourriez être assuré, et ce dans la limite de vos garanties.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de vos frais de soins réellement engagés.

Les montants de remboursement figurant sur le Tableau des prestations annexé à la présente notice d'information sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie (Base de remboursement),
- en pourcentage des frais de soins réellement engagés,
- ou sous la forme de montants en euros. Ces montants sont soit journaliers, soit valables par année civile et par bénéficiaire-assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Vos remboursements s'effectuent toujours en France et en euros à partir :

- soit des originaux des décomptes de remboursement émanant de votre régime obligatoire d'Assurance Maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des décomptes

- de remboursement de l'Assurance Maladie,
- soit, à défaut de télétransmission, des factures des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (appareillages),
- soit de la facture délivrée par le professionnel de santé lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par votre régime obligatoire de l'Assurance Maladie et pris en charge dans vos garanties.

Vous disposez de deux ans à compter de la date des soins pour nous faire parvenir vos feuilles de soins et/ou factures justificatives, période après laquelle aucun remboursement ne pourra vous être accordé (cf. article 18).

Vos demandes de remboursements sont à transmettre à l'adresse mentionnée sur votre carte de Tiers Payant ou via votre espace adhérent du site www.agpm.fr.

Forfait Naissance-Adoption

À la naissance-adoption de chaque enfant, nous vous versons une indemnité forfaitaire dont le montant est mentionné sur le Tableau des prestations joint en annexe.

L'indemnité correspondante est versée sous les conditions cumulatives suivantes :

- inscription de l'enfant sur le contrat dans les deux mois de sa naissance ou de son adoption,
- présentation de l'acte de naissance ou d'adoption ou de la copie du livret de famille,
- à condition que l'un au moins de ses parents soit assuré au titre du présent contrat à la date de naissance-adoption.

Si les deux parents ont la qualité d'assuré au titre du présent contrat, il n'est versé qu'un seul forfait naissance-adoption par enfant né ou adopté.

Le montant du forfait naissance pris en compte est celui correspondant à la formule souscrite par les parents.

7 TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS PAYANT

Le bénéfice des services de télétransmission et de tiers payant est lié à la transmission des informations mentionnées sur l'attestation des droits au régime obligatoire de l'Assurance Maladie de chacun des assurés bénéficiaires lors de la souscription au présent contrat.

- Télétransmission avec les caisses primaires de l'Assurance Maladie: les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires peuvent nous être transmis, sous forme d'images informatiques, directement par les organismes, vous évitant ainsi l'envoi des décomptes. Vous pouvez, à tout moment, sur demande écrite mettre fin à ces télétransmissions.
- Tiers payant santé: sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de tiers payant, à condition que les frais de soins soient concernés par le tiers payant, que le professionnel de santé l'accepte et que la garantie prévoit au minimum la prise en charge du Ticket Modérateur.

Le tiers payant est pratiqué sur l'ensemble des niveaux de garanties.

8 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

Ce contrat ayant la qualité de "contrat responsable", nous ne pouvons intervenir pour :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et III de l'article L 163-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation en cas de non-respect du parcours de soins prévue aux articles L 162-5-3 et suivants du Code de la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

9 LIMITES DES REMBOURSEMENTS

Vous ne pouvez en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement engagés (article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989). Ces remboursements ne peuvent par ailleurs excéder les montants maximaux complémentaires prévus dans le Tableau des prestations annexé à la présente notice d'information.

Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés après la date de résiliation de votre contrat; de même, les soins de toutes natures dont la date d'exécution se situe avant la date d'effet du présent contrat ne peuvent donner lieu à notre intervention.

10 LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat prend effet à la date demandée par le souscripteur qui ne peut être antérieure à la date de la signature sous réserve de l'encaissement effectif par nous, du montant de la cotisation due pour lui-même et pour l'ensemble des assurés-bénéficiaires.

Toute modification de garantie prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sauf dans les cas suivants :

Ajout d'un bénéficiaire :

- naissance-adoption,
- reconnaissance d'un enfant par jugement,
- mariage ou conclusion d'un PACS, déclaration de concubinage,

Retrait d'un bénéficiaire :

- séparation de corps, divorce,
- décès de l'un des assurés-bénéficiaires ou du souscripteur.

Les modifications du contrat effectuées sans changement de formule prennent effet à la date de l'événement s'il nous est signalé dans les quinze jours de sa survenance; le jour de la demande dans le cas contraire.

Une modification de garanties par module en augmentation ou diminution ne pourra dépasser deux niveaux d'écart avec le niveau en vigueur.

Vous devez apporter des réponses exactes, précises et complètes aux questions que nous vous posons dans la proposition d'assurance. Votre cotisation et vos garanties en dépendent.

11 SANCTIONS EN CAS DE DÉCLARATIONS ERRONÉES

- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances):

Le contrat est nul et les cotisations payées nous restent acquises à titre de dommages et intérêts, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand elle a pour effet de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion que nous nous en faisons. Cette nullité du contrat s'applique même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées nous restent acquises et nous pouvons exiger le paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- Omission ou déclaration inexacte non intentionnelle (article L. 113-9 du Code des assurances):

Le contrat demeure en cas de déclaration inexacte ou d'omission de votre part si votre mauvaise foi n'est pas établie. Dans ce cas :

- si l'inexactitude ou l'omission est constatée avant un sinistre, nous pouvons maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation. Nous pouvons aussi le résilier dix jours après la notification que nous vous aurons adressée par lettre recommandée. Nous vous rembourserons alors la fraction de cotisation correspondant à la période durant laquelle la garantie cesse d'être due,
- si l'inexactitude ou l'omission est constatée après un sinistre,

l'indemnité due est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par rapport à celui de la cotisation qui aurait dû être payée si les risques avaient été complètement déclarés.

12 LA RENONCIATION A VOTRE CONTRAT

Si vous avez souscrit votre contrat à distance par téléphone ou par internet

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, vous disposez d'un droit de renonciation à ce contrat, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où votre contrat a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les présentes dispositions générales et les dispositions particulières si cette date est postérieure à celle de la prise d'effet du contrat.

Le droit de renonciation ne s'applique pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation.

Cependant, en cas de renonciation, nous conserverons la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte et vous remboursons le solde dans les trente jours de votre demande.

Votre contrat est résilié à la date de réception de votre lettre.

Votre lettre peut être rédigée en fonction du modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) Nom, prénom, demeurant (adresse souscripteur), déclare renoncer au contrat d'assurance complémentaire santé n° (inscrire le numéro figurant sur vos dispositions particulières) que j'ai souscrit le (date de souscription) en vertu des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances".

Si vous avez souscrit votre contrat suite à un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail.

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-9 I du Code des assurances, vous disposez d'un droit de renonciation à ce contrat, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de votre contrat. L'exercice de votre droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation de votre contrat à compter de la réception de votre lettre recommandée.

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

En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. Nous sommes alors tenus de vous rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation nous reste due si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont vous n'aviez pas connaissance, est intervenu pendant le délai de renonciation.

Votre lettre peut être rédigée en fonction du modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) Nom, prénom, demeurant (adresse souscripteur), déclare renoncer au contrat d'assurance complémentaire santé n° (inscrire le numéro figurant sur vos dispositions particulières) que j'ai souscrit le (date de souscription) en vertu des dispositions de l'article L. 112-9 I du Code des assurances".

13 LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est établi pour une durée initiale allant de la date de sa prise d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année, sauf cas de résiliation prévus à l'article suivant.

14 RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat cesse :

- sur demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance annuelle de votre contrat,
- en cas de non-paiement de votre cotisation (cf. article 16),
- si vous n'êtes plus affilié à l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie française,
- si vous devenez bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU, CMU-C),
- si vous devenez bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS),
- si vous adhérez à une mutuelle obligatoire d'entreprise,
- si vous ne résidez plus en France métropolitaine ou dans un DROM*.

En application des dispositions de l'article L. 113-16 du Code des assurances, en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle

et lorsque cet événement est en relation directe avec l'objet de la garantie, vous pouvez demander la résiliation du contrat. Dans ce cas, la résiliation ne peut intervenir que si vous nous informez dans les trois mois suivant la date de l'événement et ne prend effet qu'un mois après la réception de la notification.

15 LA COTISATION

La cotisation est annuelle et payable d'avance à notre siège social à la date indiquée sur vos dispositions particulières.

Lorsque la cotisation annuelle est payable par fractions, l'intégralité de la cotisation devient immédiatement exigible en cas de non paiement d'une fraction.

La cotisation est calculée pour chaque assuré-bénéficiaire en fonction des critères suivants :

- le régime obligatoire de l'Assurance Maladie auquel il est affilié,
- le niveau de garanties (module et niveau),
- l'âge,
- la catégorie socio-professionnelle du souscripteur,
- l'adresse du souscripteur.

La cotisation globale, pour le souscripteur et tous les assurés-bénéficiaires est mentionnée sur les dispositions particulières.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de la personne assurée-bénéficiaire.

Pour un souscripteur ayant au moins trois enfants assurés, l'exonération de la cotisation est accordée à partir du troisième enfant. Elle concerne le ou les enfant(s) le(s) plus jeune(s).

Dans le cas où le contrat ne compte que des enfants bénéficiaires-assurés, il est convenu que l'enfant le plus âgé sera l'assuré-bénéficiaire principal. Dans ce cas, l'exonération de cotisation n'interviendra qu'à partir du quatrième enfant par exception au fonctionnement des autres configurations contractuelles.

16 AJUSTEMENTS ET RÉVISION DES COTISATIONS

La cotisation est variable. Le montant de la cotisation normale, est calculé pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et tient compte des frais de gestion. Toutefois, les dispositions légales et statutaires en vigueur nous autorisent à demander aux souscripteurs, en cas de nécessité, de verser en sus une fraction du montant maximal de cotisation, ce dernier ne

pouvant excéder trois fois le montant de la cotisation normale. De plus, le montant de la cotisation peut être modifié pour les motifs suivants :

En cours d'année :

- du fait du souscripteur à la suite des modifications demandées par lui-même telles que mentionnées à l'article 10.
- du fait des dispositions réglementaires :
 - à la suite d'une modification des montants de la base de remboursement de l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie ou des remboursements desdits régimes (déremboursement),
 - à la suite d'une modification législative ou réglementaire.

À l'échéance annuelle du contrat :

- à la suite de l'évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur une population d'assurés,
- à la suite de l'augmentation de l'indice de consommation médicale publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, nous pouvons, moyennant préavis de trente jours, par lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la garantie et, dix jours après la date d'effet de la suspension, résilier le contrat.

Nous pouvons également poursuivre le recouvrement des cotisations impayées par voie judiciaire.

Le contrat non résilié reprend ses effets pour l'avenir, le lendemain à midi du jour de l'encaissement de la totalité des cotisations arriérées. Si le règlement des cotisations dues intervient après sa résiliation, le contrat ne peut être remis en vigueur et le montant des cotisations nous reste acquis à titre d'indemnités.

17 SUBROGATION

Après remboursement des frais de soins dus en fonction des garanties choisies, nous sommes subrogés dans vos droits et actions pour agir contre le tiers responsable, si un assuré-bénéficiaire a été victime d'un accident, à due concurrence des indemnités que nous avons versées.

18 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de la prescription, c'est-à-dire :

- toute demande en justice, même en référé, dans laquelle l'assureur est partie,
- toute mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de

l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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 cotisation,
 - l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-3 du Code des assurances, 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.

19 TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Attachés à une relation contractuelle de qualité avec nos assurés, nous vous faisons part de la procédure à suivre en cas de différend. En présence d'un désaccord entre vous et nous, vous pouvez vous adresser au :

Service Satisfaction Adhérents-Clients

Groupe AGPM - Rue Nicolas Appert - 83086 TOULON CEDEX 9

Un accusé de réception vous sera adressé dans les dix jours ouvrables si une réponse ne peut vous être apportée dans ce délai. Dans ce cas, vous recevrez une réponse dans un délai maximum d'un mois calendaire.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser un courrier au :

Service Recours Interne

Groupe AGPM - Rue Nicolas Appert - 83086 TOULON CEDEX 9

Un accusé de réception vous sera adressé dans les dix jours ouvrables, si une réponse ne peut vous être apportée dans ce délai.

Dans tous les cas, une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximum de 2 mois calendaires depuis la date de réception de votre réclamation initiale, et déduction faite de vos délais de réponses. Si ce délai ne peut être respecté en raison de circonstances particulières, vous en serez informé.

Si le différend persiste à l'issue de cette procédure, vous disposez de la possibilité de saisir par formulaire internet accessible sur le site du Médiateur ou par courrier adressé à :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 9

en application du protocole de médiation consultable sur www.mediation-assurance.org.

20 DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 consolidée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le traitement des données constitué est exclusivement utilisé pour les besoins de la gestion des activités et des partenariats du Groupe AGPM qui s'interdit de le louer ou de l'échanger, préservant ainsi le caractère confidentiel des éléments communiqués. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui peut être exercé auprès de son Président-directeur général, responsable du traitement, en vous adressant au **Groupe AGPM, Correspondant Informatique et Libertés, rue Nicolas Appert 83086 TOULON CEDEX 9.**

21 LEXIQUE

Accident : tout événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime et constituant la cause de dommages corporels.

Aide pour une complémentaire santé : dispositif proposé par l'Assurance Maladie afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé en permettant à ses bénéficiaires d'obtenir une réduction sur le montant de sa cotisation annuelle.

Appareillage : fournitures ou prothèses médicales figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Appareillage auditif : appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée.

Auxiliaires médicaux : infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue.

Assurés-bénéficiaires : personnes bénéficiant des garanties au titre du contrat signé par le souscripteur.

Assuré social : personne qui bénéficie à titre personnel des prestations de la Sécurité sociale française. A chaque assuré social correspond un numéro d'immatriculation.

Assureur(s) (Nous) : AGPM Assurances et AGPM Vie, désignés par "nous".

Attestation de tiers payant : document délivré par nous et qui, présenté par l'assuré-bénéficiaire en même temps que sa carte Vitale, lui permet de ne pas réaliser l'avance des frais, dans les domaines de soins qui y sont mentionnés, si les professionnels de santé acceptent de s'associer à nous pour vous faire bénéficier de ce service.

Avenant : document contractuel constatant une modification de votre contrat.

Ayant droit : personne rattachée au numéro de Sécurité sociale d'un assuré social. Il s'agit des membres de sa famille (conjoint, concubin, partenaire, 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 : tarif servant de référence à l'Assurance Maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Bénéficiaire(s)-Assuré(s) :

- Le souscripteur.
- Son conjoint / concubin / partenaire (PACS).
- Les enfants mineurs du souscripteur ou de son conjoint / concubin / partenaire.
- Les enfants majeurs du souscripteur ou de son conjoint / concubin / partenaire âgés de moins de 30 ans et suivant des études ou à la recherche de leur premier emploi.
- Les ayants droit du souscripteur ou de son conjoint / concubin / partenaire.

Carte Vitale : carte adressée par sa caisse primaire d'Assurance Maladie à tout assuré social de 16 ans ou plus. Elle comporte toutes les informations administratives nécessaires au remboursement des soins. Elle permet la transmission électronique de ces informations entre les professionnels de santé et sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Chambre particulière : prestation proposée par les établissements de santé, permettant au patient qui en fait la demande de bénéficier d'une chambre individuelle lors d'une hospitalisation. La chambre particulière n'est jamais prise en charge par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie.

Concubin : personne physique liée à une autre personne physique par une communauté de vie, d'intérêts, voire de biens, et ce sans aucun lien juridique.

Conjoint : personne liée par le mariage.

Consultation médicale : examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste généralement effectué dans un cabinet médical.

Contrat d'accès aux soins : contrat instauré par l'avenant n° 8 à la convention médicale du 25 octobre 2012, signé par le professionnel de santé. Ce contrat permet aux médecins dont les honoraires sont libres (secteur 2) de modérer leur pratique tarifaire en améliorant la prise en charge de leurs patients. Le contrat aligne au même niveau les bases de remboursement des secteurs 1 et 2. Au 1^{er} janvier 2017 ce contrat d'Accès aux Soins est remplacé par les deux options suivantes présentant un dispositif plus attractif : l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens (OPTAM-CO).

Contrat responsable : 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 à l'ensemble des textes d'application afférents à cet article.

Contrat solidaire : contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé à l'assuré lors de la souscription et en cours d'exécution du contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Conventionné/non conventionné : situation des professionnels ou des établissements de santé au regard de l'Assurance Maladie.

Cotisations : montant dû par le souscripteur en contrepartie du bénéfice des garanties du contrat.

Cure thermique : séjour dans un centre thermal en vue du traitement de certaines affections.

Déchéance de garantie : perte par l'assuré-bénéficiaire de son droit à garantie, suite à un sinistre, pour manquement à ses obligations contractuelles.

Dépassements d'honoraires : part des honoraires des professionnels de santé excédant la base de remboursement des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie et non remboursée par ces derniers.

Domicile : lieu de votre résidence principale figurant sur vos dispositions particulières, qui doit se situer en France métropolitaine ou dans un DOM.

DOM : départements et régions d'outre mer. Il s'agit de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion et de Mayotte.

Échéance annuelle : date de renouvellement de votre contrat fixée au 1^{er} janvier. Elle est indiquée sur vos dispositions particulières.

Enfants : vos enfants et/ou ceux de votre conjoint(e)/concubin(e)/partenaire(e) à charge au sens de la Sécurité sociale, apprentis ou salariés de moins de 20 ans et de moins de 30 ans poursuivant leurs études (secondaires, universitaires) ou à la recherche de leur premier emploi.

Forfait journalier hospitalier : somme forfaitaire que votre régime obligatoire de l'Assurance Maladie laisse à votre charge en cas d'hospitalisation, correspondant à des frais hôteliers et des coûts fixes (chauffage, lingerie, entretien des équipements, etc...).

Frais d'accompagnant : frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à la disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.

Frais de séjour : frais qui vous sont facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts de votre séjour (hébergement, repas, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèse...). En fonction du statut de l'établissement, ces frais

peuvent exclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

France: France métropolitaine et DROM.

Franchise(s): sommes retenues à la source par la Sécurité sociale sur les remboursements de chaque assuré-bénéficiaire. 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.

Imagerie médicale: technique utilisée pour pouvoir prononcer un diagnostic telle que la radiologie, l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'endoscopie, le scanner, le laser...

Inlays ou onlays: techniques employées en médecine dentaire qui permettent de reconstruire une dent tout en la gardant vivante et d'éviter d'avoir à réaliser une prothèse.

Lentilles: verres correcteurs posés sur la cornée.

Lunettes: une monture et deux verres.

Maladie: toute altération de santé d'un bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

MCD (Mission de Courte Durée): mission effectuée à l'extérieur de la France métropolitaine d'une durée maximale de douze mois.

OPEX (OPération EXtérieure): mission opérationnelle effectuée à l'extérieur de la France métropolitaine d'une durée maximale de douze mois.

Orthodontie: discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes visant à prévenir ou à corriger les déformations, les malocclusions ou les malformations dentaires.

Pacte civil de solidarité (PACS): contrat civil conclu entre deux personnes majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Partenaire: personne liée par un Pacte civil de solidarité (PACS)

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 2004-810 du 13 août 2004.

Participation forfaitaire: somme fixée par décret qui reste à la charge de l'assuré social.

Prothèses dentaires: elles ont pour objet de remplacer ou consolider une dent abîmée.

Régime(s) obligatoire(s) (R.O.) d'assurance maladie: régime(s) de protection sociale de base français couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelle et aux invalidités.

Résiliation: fin de la couverture accordée par l'assureur (nous) à une date précise.

Soins externes: consultations, actes de petites chirurgies, radios réalisés au sein des établissements hospitaliers publics, sans que l'assuré-bénéficiaire y séjourne une nuitée.

Souscripteur: personne physique (vous) qui a demandé l'établissement du contrat, l'a signé et s'est engagé à régler les cotisations.

Tacite reconduction: renouvellement automatique du contrat lors de son échéance annuelle pour une nouvelle période d'un an.

Tarif d'autorité (TA): tarif imposé par le(s) régime(s) obligatoire(s) de l'Assurance Maladie pour le calcul des remboursements d'honoraires et soins des praticiens non conventionnés.

Tarif de convention (TC): tarif négocié entre le(s) régime(s) obligatoire(s) de l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé qui sert de base aux remboursements des actes et des soins dispensés par les professionnels conventionnés.

Tarif de responsabilité: base de remboursement du ou des régime(s) obligatoire(s) de l'Assurance Maladie pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

Tarif forfaitaire de responsabilité: base de remboursement du ou des régime(s) obligatoire(s) de l'Assurance Maladie pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket modérateur: différence entre la base de remboursement du ou des régime(s) obligatoire(s) de l'Assurance Maladie (prix retenu pour déterminer les remboursements) et le remboursement réel effectué par votre régime de Sécurité sociale, franchises et participations forfaitaires non déduites.

Tiers payant: système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé, dont la prise en charge est directement assurée par l'un des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie et le contrat d'assurance complémentaire santé.

Transports médicaux: transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire); transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports; transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle; transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance; transports de longue distance (plus de 150 km aller); transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement). Il peut aussi s'agir d'un transport pour se rendre à une convocation du service médical de l'Assurance Maladie, de la commission régionale d'invalidité, d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la Sécurité sociale) ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses, orthoprothèses) ou pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers.

Visite médicale: consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.

Vous: le souscripteur tel que désigné sur les dispositions particulières.

**JE CONFIE MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ à
un GROUPE D'ASSURANCE mutualiste et
D'ÉTHIQUE MILITAIRE.**

Pour en savoir plus



Contactez votre conseiller AGPM habituel
ou rendez-vous dans votre agence



Connectez-vous sur agpm.fr



Appelez le

32 22

Service gratuit
+ prix appel

PAX82-07 • Document non contractuel

AGPM Assurances

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances
SIRET 312 786 163 00013 - APE 6512Z Mandataire non exclusif en opérations de banque et
en services de paiement n° ORIAS 13005766 - www.orias.fr

AGPM Vie

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances -
SIRET 330 220 419 00015 APE 6511Z

Rue Nicolas Appert 83086 TOULON CEDEX 9 - Téléphone 32 22* - Télécopie 04 94 20 25 93 - Internet www.agpm.fr

*32 22 depuis la France métropolitaine et DROM (Service gratuit + prix d'un appel) et le + 33 4 94 61 57 57 depuis l'étranger (POM et COM inclus).

LA SOLIDARITÉ EST DANS NOS GÈNES
ASSURANCE, ÉPARGNE, SANTÉ, PRÉVOYANCE

