

Assurance Santé

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



<p>ASSURANCE SANTE</p> <p>CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION</p>
--

ASSURANCE SANTE est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative portant le n° 405977. Il est conclu entre **L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE**, dénommé le **souscripteur***, et la SMAB Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, dénommée **l'Assureur*** dont le siège est 32, rue de la Préfecture – 21000 DIJON.

Le contrat a pris effet le 01 janvier 2020 et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une ou de l'autre des parties trois mois au moins avant l'échéance du contrat. Dans ce cas, les **adhérents*** seront informés par l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE au moins deux mois avant la date de résiliation.

ASSURANCE SANTE est ouvert aux **adhérents*** de l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE.

L'adhésion à **ASSURANCE SANTE** s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur à la date de sa prise d'effet, sous réserve des modifications postérieures qui seront notifiées aux **adhérent*s** conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances.

La gestion des contrats **ASSURANCE SANTE** ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques sont réalisées paritairement par les représentants de L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE et ceux de la SMAB conformément à l'article L 141-6 du Code des Assurances. Le contrat est solidaire et responsable en application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

ASSURANCE SANTE est formé :

- Des présentes Conditions Générales d'assurance qui vous sont remises à l'adhésion. Elles définissent vos garanties et les exclusions ainsi que les droits et obligations de chaque partie.
- Du Certificat d'adhésion qui vous est adressé pour vous confirmer l'application de vos garanties. Il reprend la formule de garanties que vous aurez choisie sur la demande d'adhésion ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

SOMMAIRE

1. DEFINITIONS	Page 3 à 4
2. VOS GARANTIES	Page 5 à 10
3. RISQUES EXCLUS OU LIMITES	Page 10
4. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	Page 11
5. DELAIS D'ATTENTE	Page 11
6. LOI MADELIN	Page 11
7. REGLEMENT DES PRESTATIONS	Page 11
8. DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE	Page 12
9. DUREE DE L'ADHESION	Page 12
10. CESSATION DES GARANTIES	Page 12 à 13
11. LES COTISATIONS	Page 13 à 14
12. SANCTIONS	Page 14
13. PRESCRIPTION*	Page 14
14. SUBROGATION*	Page 14
15. LITIGES	Page 15
16. FACULTE DE RENONCIATION	Page 15
17. RECLAMATIONS	Page 15
18. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	Page 15 à 16
19. TABLEAU DES GARANTIES	Page 17 à 18

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 70 ans au 31 décembre de de l'année de souscription et a pour objet de garantir le remboursement de vos dépenses de santé dans les conditions et limites définies ci-après.

1. DEFINITIONS

Afin de faciliter la compréhension de vos garanties vous trouverez ci-après un lexique des termes spécifiques utilisés dans les présentes Conditions Générales.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime.

Ne sont pas considérés comme des accidents, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

ADHERENT/ ASSURE : L'**Adhérent*** est la personne physique membre de l'Association souscriptrice et nommément désignée au certificat d'adhésion qui régularise ledit certificat et s'engage au paiement des cotisations dues.

ANNEE D'ASSURANCE : la période comprise entre deux échéances principales. Toutefois si la date de prise d'effet est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale. Par ailleurs si l'assurance prend fin entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date de résiliation ou de radiation de l'assuré.

ASSUREUR* : la SMAB

AUXILIAIRES MEDICAUX : il s'agit de professionnels de santé paramédicaux dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie obligatoire, tels les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

BASE DE REMBOURSEMENT : une référence à ce terme peut être faire sous l'acronyme « BR ». Il s'agit des tarifs servant de base aux remboursements du **Régime Obligatoire*** de l'assurance maladie :

- ✓TA : Tarif d'Autorité : les actes effectués par un professionnel de santé non conventionné par l'assurance maladie obligatoire.
- ✓TC : Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné par l'assurance maladie obligatoire,
- ✓TR : Tarif de Responsabilité : tarif utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour les médicaments, appareillages.

BENEFICIAIRE : personne identifiée dans le certificat d'adhésion comme **bénéficiaire***des garanties prévues au contrat. Le **bénéficiaire*** doit impérativement être affilié à un **Régime Obligatoire*** d'assurance maladie français.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTAM) : appellation regroupant les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les dispositifs anciennement désignés Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et nouvellement dénommées Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) dont les définitions sont intégrées au présent lexique.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES : Somme qu'un professionnel de santé facture au-delà de la **base de remboursement*** de la Sécurité Sociale.

ECHANCE ANNUELLE : la date indiquée sous ce titre aux Certificat d'adhésion ; elle détermine le point de départ d'une **année d'assurance***. Elle correspond à la date à laquelle :

- ✓ La cotisation annuelle est exigible
- ✓ Le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué

FAIT GENERATEUR : le fait générateur de la prestation correspond à la date d'exécution des soins et/ou actes médicaux ou date d'acquisition des dispositifs et appareillages le cas échéant.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER* : représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation* dans la mesure où cette dernière dure au moins 24 heures.

FRAIS DE SEJOUR : Frais facturés par un établissement hospitalier au titre de certaines dépenses et services mis à disposition du patient pendant la période d'hospitalisation*.

HOSPITALISATION* : tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un **accident*** et dont la durée minimale comprend une nuit complète. L'hospitalisation* à domicile et l'hospitalisation* de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables. Liste fixée réglementairement pour définir l'ensemble des prestations et des produits qui font l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire.

MALADIE : toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

NOUS : la Société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

OPTAM : Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins conventionnés de secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires

OPTAM-CO : Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins de spécialité « chirurgie-gynécologie obstétrique » conventionnés en secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires.

PARCOURS DE SOINS : désigne le parcours coordonné défini par la loi. Au titre de ce parcours, la consultation préalable du médecin traitant est obligatoire pour le recours à tout autre médecin (sauf exceptions limitativement énumérées par la loi). Le non-respect du **parcours de soins*** peut entraîner la majoration du **ticket modérateur*** et le non remboursement d'éventuels Dépassement **d'honoraires*** au titre du présent contrat.

PARTICIPATION FORFAITAIRE* : montant restant à la charge de l'assuré social au titre des actes et consultations médicaux, réalisés par un médecin de ville, un établissement de santé hors le cas d'hospitalisation*, les actes de biologie médicale et de radiologie.

PRESCRIPTION* : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

PRESTATION* : intervention financière de l'Assureur lorsque les soins, actes médicaux et acquisition d'équipements médicaux correspondent à un fait générateur garanti par le présent contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE : montant de facturation maximal d'un produit de santé tel que défini par le Comité Economique des Produits de Santé.

REGIME OBLIGATOIRE : Régime d'assurance maladie français, habituellement désigné par l'appellation « Sécurité Sociale ».

SINISTRE* : **accident*** ou maladie, fait générateur de la garantie.

SOUSCRIPTEUR* : l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE, régie par la loi du 1^{er} août 2003, 6 boulevard de l'Europe – 68100 Mulhouse.

SUBROGATION* : substitution de l'**Assureur*** dans les droits et actions de l'assuré ou du **bénéficiaire*** du contrat à l'encontre de tout tiers.

L'**Assureur*** ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La **subrogation*** est limitée au montant des indemnités versées.

TABLEAU DES GARANTIES : tableau récapitulatif des conditions maximales de remboursement en fonction de la nature des soins engagés et de la formule de garantie retenue. Le tableau de garanties fait partie intégrante du contrat.

TICKET MODERATEUR : Différence entre la **base de remboursement*** de la Sécurité Sociale et le montant effectivement remboursé par celle-ci. La **participation forfaitaire*** n'est pas prise en compte dans le calcul du **ticket modérateur***.

2. VOS GARANTIES

2.0 OBJET DES GARANTIES

Il est rappelé que l'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 70 ans au 31 décembre de l'année de souscription.

L'adhésion a pour objet le remboursement des frais de santé engagés par les **bénéficiaires*** assurés dans la limite des frais réellement engagés et de la formule de garanties retenue et mentionnée au certificat d'adhésion.

Le détail des conditions de remboursement, fonction de la formule retenue, figure dans le **tableau de garanties*** annexé aux présentes conditions générales

Pour faire l'objet du remboursement, les soins devront être dispensés entre la date d'effet des garanties et la date de résiliation de l'adhésion.

Le présent contrat répond à la réglementation en vigueur relative aux contrats dits « solidaires et responsables » tels que définis à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires s'y rapportant. A ce titre, inclus les dispositions relatives au dispositif « 100% SANTE ».

Du fait de son caractère « responsable », les garanties du présent contrat :

- S'appliquent sous réserve du respect du **parcours de soins***. Dès lors, les majorations du **ticket modérateur*** appliquées ainsi que les dépassements d'honoraires facturés dans le cadre de ce non-respect du **parcours de soins*** seront exclues.
- Ne peuvent pas s'appliquer à la **participation forfaitaire*** et à la franchise appliquée par l'assurance maladie et qui restent par conséquent définitivement à votre charge.

Les garanties du contrat pourront être modifiées pour répondre aux obligations du contrat « responsable » dans les conditions prévues à l'article L112-3 du Code des Assurances.

DEFINITION DES GARANTIES

Le tableau des garanties ci-après définit les conditions de remboursement en fonction de formule que vous avez retenue au Certificat d'Adhésion.

2.1 SOINS COURANTS

Sont garantis sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire* :

- ✓ Les honoraires médicaux suite aux consultations, visites et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes.
 - En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***
- ✓ Les frais d'analyse et d'examen en laboratoire
- ✓ Les frais de radiologie
 - En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***
- ✓ Les médicaments
- ✓ Les prothèses non dentaires et appareillages hors auditif
- ✓ Les honoraires des **auxiliaires médicaux***
- ✓ Les frais de transport hors hospitalisation*
- ✓ Les frais liés à des soins prodigués à l'étranger

Certaines dépenses de santé, non prise en charge par le **Régime Obligatoire*** peuvent néanmoins faire l'objet d'un remboursement en fonction de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion. Il s'agit :

- De la prime de naissance réservée à nos assurées : cette prestation est versée sous condition de l'affiliation de l'enfant au présent contrat
- Des actes de médecines douces dispensés par un professionnel habilité et diplômé en France pour les disciplines limitativement énumérées soit : l'ostéopathie, l'homéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, la microkinésithérapie, l'étiopathie et la diététique.

2.2 HOSPITALISATION*

Les garanties s'appliquent au titre de l'hospitalisation* dans des établissements de santé publics ou privés à l'exclusion des établissements médico-sociaux, maisons de retraite ou établissement de soins de longue durée visés à l'article 3 ci-après.

Sont garantis sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire* :

- ✓ Les honoraires et actes médicaux, chirurgicaux et obstétriques

En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***

- ✓ Les **Frais de séjour*** en établissement hospitalier conventionné. En cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge des frais de séjour se fera à hauteur du ticket modérateur sur la base du tarif d'autorité.
- ✓ Le **Forfait journalier hospitalier*** en établissement conventionné ou non
- ✓ Les frais de transports

Peuvent également être partiellement pris en charge par l'allocation d'un forfait et sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, les frais non pris en charge par **Régime Obligatoire*** suivants :

- ✓ Chambre particulière en cas de d'hospitalisation* d'un minimum de 24H
- ✓ Lit d'accompagnement pour l'hospitalisation* des enfants de moins de 12 ans

2.3 PREVENTION

Sont garantis les actes de prévention ci-dessous énumérés sous réserve de leur prescription, de leur remboursement par le **Régime Obligatoire*** et dans les limites fixées au tableau de garantie :

- ✓ Pilule microdosée ou préservatifs
- ✓ Vaccin antigrippal
- ✓ Substituts nicotiniques
- ✓ Dépistage de l'ostéoporose

2.4 DENTAIRE

2.4.1 LES SOINS DENTAIRES ET LES OBTURATIONS INLAY/ ONLAY ET OVERLAY

Ces soins sont garantis sous réserve de leur prise en charge par le **Régime Obligatoire*** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.4.2 PROTHESES

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables » prévoit pour les prothèses 3 paniers distincts, soit le panier « 100% Santé », le panier « tarifs maîtrisés » et le panier « tarifs libres ». Vos garanties suivront les évolutions de cette réglementation qui entre en vigueur en 2 phases s'agissant de votre contrat, une première au 1^{er} janvier 2020, la seconde au 1^{er} janvier 2021. Votre contrat s'adaptera automatiquement à ces évolutions sans qu'une modification des présentes conditions générales soit rendue nécessaire.

- Le panier « 100% santé »

Pour les prothèses définies réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé » dans lequel l'objectif est d'aboutir à ce que vous n'ayez aucun reste à charge, nous interviendrons à hauteur du prix limite de facturation après remboursement du **Régime Obligatoire***.

- Les prothèses des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »

Pour les prothèses faisant partie des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres » la garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, dans les limites fixées par la réglementation sur le « contrat responsable ».

2.4.3 ORTHODONTIE ET IMPLANTOLOGIE

- Soins d'orthodontie remboursés par le **Régime Obligatoire*** :

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

Les remboursements du Régime Obligatoire s'effectuant par « semestres » dans le cadre de l'orthodontie, en cas de résiliation du contrat en cours de semestre, notre participation interviendra au prorata de la période assurée.

- Soins d'orthodontie et d'implantologie non remboursés par le **Régime Obligatoire***

Ces soins pourront faire l'objet de l'allocation du « Forfait Plus » défini au point 2.4.5 ci-après sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.4.4 FORFAIT PLUS 2 ANS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait complémentaire vous sera acquis après 2 années d'adhésion révolues pour les prothèses, implants ou orthodontie qu'ils soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire***, dans la limite de vos dépenses réelles.

Le montant de ce forfait est déterminé le cas échéant en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.5 OPTIQUE

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables » prévoit pour l'optique et à compter du 1^{er} janvier 2020, 2 classes d'équipements (équipement= monture + 2 verres) soit des équipements de Classe A et des équipements de Classe B.

Les équipements de Classe A correspondent aux verres et montures expressément désignés par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à ce que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire*** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe B correspondent aux équipements en tarifs libres.

Renouvellement des équipements (toutes classes d'équipement) :

Pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans, le nombre d'équipement est limité à 1 équipement par période de deux ans, le point de départ du délai étant le jour de facturation dudit équipement. Des cas de renouvellement anticipés existent cependant et sont ceux prévus à l'article L165-1 du Code la Sécurité Sociale.

Pour les enfants de moins de 16 ans, un renouvellement d'1 équipement tous les ans est possible sous condition d'une justification d'évolution de la vue.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement d'un équipement peut être envisagé au terme d'une période de 6 mois dans le strict cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage qui aurait pour conséquence une perte d'efficacité des verres correcteurs.

2.5.1 EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE A « 100% SANTE »

Pour les équipements relevant de la Classe A définies réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

Lorsque cet équipement de classe A comporte deux verres dont les indices de réfraction sont différents, une prestation d'appairage est nécessaire. La garantie s'applique également pour cette prestation à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

Dans le cadre du dispositif « 100% Santé », le montant de la prise en charge de la monture

2.5.2 EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE B « Tarifs Libres »

Pour les équipements relevant de la Classe B soient ceux relevant de tarifs libres, la garantie s'applique, en fonction de la complexité des verres, après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion étant précisé que toutes les formules comprennent à minima la prise en charge du **ticket modérateur*** et respectent les conditions de planchers et plafonds de la réglementation sur le « contrat responsable ».

Au titre de la réglementation du « contrat responsable » la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€.

Situation de panachage : Le dispositif « 100 santé » prévoit la possibilité de vous équiper d'une monture de la Classe A et de verres relevant de la Classe B et inversement.

Dans ce cas les verres ou la monture de Classe A feront l'objet d'une prise en charge à hauteur du Prix Limite de Vente après remboursement du **Régime Obligatoire*** et les verres ou la monture de Classe B seront pris en charge selon la formule retenue au certificat d'adhésion et après remboursement du **Régime Obligatoire*** dans la limite des frais réels.

- **Classification des équipements**

VERRES SIMPLES	VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur à +4,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ✓ Verres multifocaux et progressifs

Un équipement est qualifié « d'équipement simple » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres simples.

Un équipement est qualifié « d'équipement complexe » lorsqu'il comprend une monture + 1 verre simple + 1 verre complexe.

Un équipement est qualifié « d'équipement très complexe » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres complexes.

2.5.3 LENTILLES DE CONTACT

La garantie s'applique, que les dispositifs soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire***, par l'application du forfait annuel lequel est fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.5.4 FORFAIT PLUS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait annuel complémentaire vous sera acquis après 2 années d'adhésion révolues en complément de vos garanties « OPTIQUE » telles que définies ci-avant. Ce forfait pourra également être mobilisé en cas d'opération de la myopie. Le montant de ce forfait est déterminé le cas échéant en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.6 AIDES AUDITIVES

L'évolution de la réglementation du contrat responsable visant le dispositif « 100% santé » prévoit plusieurs étapes. Vous trouverez donc ci-après le détail de vos garanties en fonction des dates d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

- **Vos garanties « Aides Auditives » du 1/01/2020 au 31/12/2020**

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

- **Vos garanties « Aides Auditives » à compter du 1/01/2021**

A compter du 1/01/2021 la réglementation prévoit une prise en charge différenciée des aides auditives en fonction de deux classes, soit la Classe I et la Classe II.

Les équipements de Classe I correspondent aux aides auditives expressément désignées par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à ce que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire*** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe II correspondent aux équipements en tarifs libres.

Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge s'effectuera dans la limite de 1 équipement par oreille tous les 4 ans, le point de départ de la période correspondant à la date de facturation dudit équipement.

Prise en charge des équipements de classe I

Pour les équipements relevant de la Classe I définis réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

Prise en charge des équipements de classe II :

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

3 LES RISQUES EXCLUS OU LIMITES

Exclusions : le remboursement des dépenses de santé ne sera pas effectué lorsque la maladie ou l'**accident***, les suites et conséquences, résultent :

- **De prestations non indiquées dans cette notice,**
- **De dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins,**
- **D'actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi,**
- **De séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale,**
- **De tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, à l'exception de ceux pour lesquels cette condition n'est pas requise dans le détail des garanties au point 2 des présentes Conditions Générales.**
- **Les soins, consultations et hospitalisation*s consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur* et le cas échéant aux Frais de séjour* et au forfait hospitalier.**
- **Les participations forfaitaires visées à l'article L160-13. II du Code de la Sécurité Sociale**
- **La franchise forfaitaire annuelle visée à l'article L16013.III du Code de la Sécurité Sociale**
- **Les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin**
- **Les dépenses pour les séjours en établissements médico-sociaux, dans les maisons de retraites et unité de soins de longue durée (ex. Maison d'Accueil Spécialisée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes etc...)**

4 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties s'exercent en France et dans le Monde entier sous réserve de l'intervention préalable en remboursement du **Régime Obligatoire*** français.

5 DELAIS D'ATTENTE

Les garanties sont accordées sans délai d'attente pour les formules 1^{er} Cru, Magnum et Jéroboam.

Pour les autres formules, un délai d'attente est appliqué à compter de la date d'affiliation du **bénéficiaire*** assuré, pour les frais de soins suivants :

- 6 mois en cas d'hospitalisation* par maladie et pour l'optique,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie et les frais de maternité.
- 12 mois pour la psychiatrie.

Pendant ce délai d'attente les prestations seront remboursées sur la base de la Jéroboam.

Cependant, le délai d'attente pourra être abrogé en cas d'**accident*** ou lorsque le **bénéficiaire*** assuré peut justifier qu'il bénéficiait 30 jours avant son adhésion à notre contrat de garanties équivalentes ou supérieures auprès d'un autre **Assureur***.

6 LOI MADELIN

Si l'assuré exerce une profession indépendante (profession libérale, artisan, commerçant, dirigeant d'entreprise), il peut souscrire ce contrat dans le cadre de la Loi Madelin du 11 février 1994. La souscription de son contrat entraîne dès lors son adhésion à une association de travailleurs non-salariés mentionnée aux Conditions Particulières, son contrat revêtant la forme d'un contrat groupe. L'assuré devra attester qu'il est à jour du versement de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires ou au régime de la Sécurité Sociale, lors de la souscription et à chaque échéance anniversaire de la souscription (art. L652-4 du code de la Sécurité Sociale).

7 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Des accords ont été signés avec une majorité de caisses d'assurance maladie permettant un service de télétransmissions des données. Ce service vous dispense de nous adresser vos décomptes de soins émis par l'assurance maladie car ils nous auront été communiqués par liaisons informatiques.

Vous pouvez renoncer à ce service d'échange de données informatiques en faisant la demande par écrit, conformément à la loi Informatiques et Libertés.

Lors de l'adhésion, l'**adhérent*** assuré se voit également remettre une carte de Tiers Payant permettant la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé.

Cependant lorsque le **bénéficiaire*** assuré ne bénéficie pas de ces services de télétransmission ou de tiers payant, il devra nous produire pour être remboursé :

- Les décomptes de soins originaux émis par l'assurance maladie obligatoire,
- Les originaux des notes, ordonnances ou factures acquittées.

Dans tous les cas, le remboursement de l'**Assureur*** sera effectué en euros.

L'**Assureur*** se réserve le droit de réclamer tout justificatif lui permettant d'établir la réalité des frais engagés ; à défaut de ne pouvoir les obtenir, l'assuré s'expose à la déchéance de ses garanties.

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Contrôle de l'assuré : lors de l'ouverture du service des prestations ou pour assurer leur continuation éventuelle, l'assuré peut être soumis à des visites médicales, contrôles ou enquêtes de notre part (par exemple vérifier que l'assuré n'a pas repris son travail alors qu'il perçoit des indemnités journalières). Son médecin pourra l'assister.

Il s'agit uniquement de vérifier que l'assuré remplit les conditions requises pour bénéficier des prestations qui vont lui être versées ou qui lui ont déjà été versées. Il est de son intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de sa part de s'y soumettre, les prestations ne seraient pas versées. Toutefois, si l'assuré apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et les prestations seront maintenues.

Expertise médicale : nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'**Assureur*** à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge. En cas de conclusions discordantes entre le médecin-expert de l'**Assureur*** et le médecin-expert de l'assuré, il pourra être mis en place une procédure d'arbitrage. En ce cas, l'**Assureur*** proposera au moins deux médecins-experts autres que ceux déjà mandatés, l'assuré ayant la faculté de choisir celui à qui reviendra l'arbitrage. Chaque partie supportera 50% des honoraires de l'arbitre. Les Parties s'engagent à suivre les conclusions de l'arbitre sauf démonstration d'un comportement dolosif ou d'une erreur manifeste.

Le paiement des prestations sera suspendu pendant toute la procédure d'expertise médicale. Les prestations d'ores et déjà versées et qui se révéleraient indues à la suite de l'expertise médicale, feront l'objet d'une demande de remboursement.

Le refus du **bénéficiaire*** de se soumettre à une expertise médicale emportera déchéance des garanties

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

8 DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'adhésion est établie d'après les déclarations du **souscripteur*** ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation et figure au Certificat d'adhésion. Il en va de même pour toute modification.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation.

En tout état de cause l'adhésion ne peut être reçue que si l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Il est domicilié en France métropolitaine
- Il est affilié au régime général de la Sécurité Sociale ou au régime local de l'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle ou de tout autre organisme d'assurance maladie français.
- Il est âgé de plus de dix-huit ans et respecte les conditions d'âge visées au point 2.1 des présentes Conditions Générales

L'assuré s'engage :

- **A l'adhésion** : l'**adhérent*** et les **bénéficiaires*** assurés doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues, à l'exception de leur état de santé, qui sont de nature à faire apprécier à l'**Assureur*** les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.
- **En cours d'adhésion** : l'**adhérent*** ou à défaut le(s) **bénéficiaire(s)*** assuré(s) doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques, à l'exception de celles relatives à son état de santé. et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'**Assureur*** dans le formulaire de proposition.

En cas déclaration inexacte, l'adhésion peut être entachée de nullité conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

9 DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée au certificat d'adhésion, sauf dénonciation de celle-ci dans les conditions définies au point 10 ci-après.

10 CESSATION DES GARANTIES – RESILIATION

Les garanties prennent fin à la demande de l'assuré :

- **A l'échéance principale** : dans ce cas l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion à effet de prochaine échéance principale moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant ladite échéance principale.
- **En cas de nouvelle affiliation de l'assuré à un contrat groupe obligatoire** : la demande devra être faite par l'assuré par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'**Assureur*** accompagnée de l'attestation de l'employeur précisant la date d'affiliation au contrat santé de l'entreprise ainsi que son caractère obligatoire. Cette demande devra être adressée dans un délai maximal d'un mois à compter de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise et implique impérativement de retourner la carte de tiers payant à l'**Assureur***.
La résiliation sera alors effective au jour de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise, sauf si des remboursements ont été effectués après cette date. En pareil cas, la résiliation prendra effet au 1^{er} du mois qui suit le dernier remboursement.
- **En cas d'augmentation des cotisations** : la demande devra être adressée à l'**Assureur*** dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de l'avis d'échéance. La résiliation prendra effet au 1^{er} du mois suivant la réception de la résiliation par l'**Assureur***.
- **En cas de modification des garanties** : le contrat collectif auquel vous adhérez peut-être modifié par avenant. L'association souscriptrice MUTUELLE ET SOLIDARITE informera ses **adhérents*** des modifications apportées trois mois au minimum avant l'entrée en vigueur de celles-ci. L'assuré dispose de la faculté de résilier son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'information sur les modifications envisagées.

Par exception, lorsque les modifications ont pour objet la mise en conformité du contrat avec la réglementation du « contrat responsable » (art. L871-1 du Code des Assurances) l'information sur les modifications sera effectuée par l'**Assureur*** dans un délai minimal de 30 jours avant leur entrée en vigueur. A compter de la notification l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour refuser ces modifications par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prendra alors effet au jour de l'entrée en vigueur des modifications.

Les garanties prennent fin à l'initiative de l'Assureur* :

- En cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours d'adhésion, si votre mauvaise foi n'est pas établie (art. L113-9 du code des assurances), la résiliation prenant effet 10 jours après de la notification de l'**Assureur***.
- En cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances. Conformément à l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989, l'aggravation du risque ne peut en aucun cas être lié à l'état de santé. La résiliation prend effet 10 jours après la notification de l'**Assureur***.
- En cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances. A ce titre en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours après la date d'échéance du paiement, l'**Assureur*** enverra à l'**adhérent*** une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues 30 jours après cet envoi. Passé ce délai et en l'absence de paiement, l'adhésion sera résiliée sans autre formalité sous un délai de 10 jours.

Les garanties prennent fin à l'initiative de l'Assureur* ou de l'assuré :

- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité de l'**adhérent*** lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation. Conformément à l'article L113-16 du Code des Assurances la faculté de résiliation pour chacune des parties n'est ouverte que pendant 3 mois à compter de l'évènement. Si une partie use de ladite faculté dans ce délai, la résiliation prendra effet 1 mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

Les garanties prennent fin de plein droit :

- En cas de retrait d'agrément de l'union de sociétés d'assurance mutuelles dont la SMAB est adhérente. La résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de publication au Journal Officiel de la décision prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R322-113 du code des assurances).
- En cas de décès de l'assuré principal. La résiliation prend effet à l'échéance suivant l'information du décès.
- En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'**Assureur***. La résiliation prendra effet 1 mois à compter de l'envoi de la notification de résiliation par l'Assureur, l'administrateur ou le liquidateur.

11 COTISATIONS

11.1 CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est calculée par année civile selon les éléments suivants :

- L'âge de l'assuré
- La zone de domiciliation
- Le régime social de l'assuré ou son statut de travailleur indépendant (voir article 6)
- La formule de garantie retenue au certificat d'adhésion

11.2 PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée au certificat d'adhésion au siège social de l'**Assureur*** ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

En cas de défaut de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation la, procédure décrite à l'article 10 des présentes Conditions Générales pourra être mise en œuvre.

11.3 REVISION DE LA COTISATION

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion, du niveau de garanties choisi et des résultats des groupes assurés par la présente convention. A chaque échéance principale, jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 4 % par an. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat dans ses différents groupes, et des modifications de remboursement des régimes obligatoires.

La cotisation peut également évoluer en cas de modifications législatives ou règlementaires.

En dehors de ces cas, si l'**Assureur*** vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par la présente adhésion, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le **souscripteur*** a la possibilité de résilier le contrat dans les conditions décrites au point 10 des présentes Conditions Générales.

12 SANCTIONS

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'**Assureur*** peut, dans les termes de l'article L113-9 du code des assurances :

- Soit résilier le contrat,
- Soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le **souscripteur*** ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- Lorsque l'inexactitude est constatée après **sinistre***, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

DISPOSITIONS DIVERSES

13 PRESCRIPTION*

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L114-1 du code des assurances).

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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.

Quand l'action de l'assuré contre nous 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*** peut être interrompue (article L114-2 du code des assurances) par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un **sinistre***
- Envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception :
 - Par nous à l'assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation
 - Par l'assuré à nous, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité
- Citation en justice, même en référé
- Commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

14 SUBROGATION*

L'**Assureur*** est subrogé dans les droits et actions de l'**adhérent*** jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du **sinistre***. Si la **subrogation*** ne peut, du fait de l'**adhérent***, s'opérer en faveur de l'**Assureur***, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la **subrogation***.

15 LITIGES

En cas de difficulté quelconque concernant l'application de la présente adhésion, les parties conviennent de se rapporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elle dans un délai d'un mois. Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers. Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

16 FACULTE DE RENONCIATION

Dans la mesure où l'assuré a souscrit le présent contrat hors d'une agence du réseau distributeur de la [Mutuelle] et conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, celui-ci dispose alors d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de l'émission du certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties (ledit certificat valant notification de la conclusion de l'adhésion) pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, sous la seule condition de n'avoir eu connaissance de la survenance d'aucun **sinistre*** mettant en jeu une garantie du contrat à la date de renonciation à l'adhésion. L'Assuré doit alors adresser à [adresse de la Mutuelle], une lettre recommandée avec avis de réception suivant le modèle ci-après : « *Je soussigné M... demeurant au ... renonce à mon adhésion au contrat N° XXX souscrit par l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE auprès de la [Mutuelle], conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances. J'atteste n'avoir eu connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun **sinistre*** mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Date... Signature* » Ce délai de renonciation ne peut pas être exercé si des prestations sont engagées.

17 RECLAMATIONS

17.1 DEFINITION DE LA RECLAMATION

Une réclamation est une déclaration, qu'elle qu'en soit sa forme, par laquelle l'assuré manifeste un mécontentement envers la Mutuelle sur un ou plusieurs sujets identifiés.

17.2 L'EXERCICE ET LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

La réclamation peut se faire par écrit ou par oral dans un premier temps à l'interlocuteur habituel de l'assuré.

Celui-ci dispose d'un délai de 10 jours maximum pour en accuser réception et une réponse définitive devra être apportée dans un délai maximum de 2 mois.

Si la réponse de l'interlocuteur habituel n'emporte pas la satisfaction de l'assuré, celui dispose d'un recours interne en adressant sa demande et les pièces justificatives s'y rapportant à l'adresse :

SMAB – Service Qualité – 32 rue de la Préfecture – 21000 DIJON

www.assursmab.com

Si la réponse apportée par cette instance de recours interne n'est pas de nature à répondre favorablement au mécontentement exprimé, l'assuré pourra saisir le Médiateur.

La SMAB a adhéré à la « Charte de Médiation de l'Assurance ».

L'assuré pourra contacter le Médiateur :

- Par courrier à l'adresse : La Médiation de l'Assurance/ TSA 50110/ 75441 PARIS CEDEX 09
- Par mail à l'adresse : le.mediateur@mediation-assurance.org
- Par formulaire disponible sur le site internet www.mediation-assurance.org

18 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

18.1. LA RESPONSABILITE DES TRAITEMENTS

Les données personnelles de l'assuré sont collectées et traitées par la SMAB en sa qualité de responsable de traitement au sens de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par le décret 2019-536 du 30 mai 2019.

18.2 FINALITES ET BASE DES TRAITEMENTS

- Gestion de l'adhésion : Les données personnelles de l'assuré sont nécessaires à l'**Assureur*** pour la mise en place de l'adhésion au contrat collectif et sont également recueillies pour permettre l'adhésion à l'association MUTUELLE ET SOLIDARITE Les traitements correspondants sont effectués sur la base du contrat
Par ailleurs, certaines données peuvent être collectées dans le cadre de la réglementation à laquelle l'**Assureur*** est soumis et notamment la Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme. Les traitements correspondants sont effectués sur la base des lois et des règlements.
- Exécution des prestations : Les données personnelles de l'assuré sont également traitées pour l'exécution des prestations sur la base du contrat. Les données de santé qui peuvent être recueillies à cet effet sont couvertes par le secret médical.
- Connaissance de l'assuré : certaines données pourront être collectées pour permettre à la Mutuelle de mieux cerner les attentes de l'assuré et lui apporter des propositions et / ou des services complémentaires. Lorsque la collecte et/ ou le traitement de ces données s'envisage à des fins commerciales, le consentement exprès de l'assuré sera recueilli.

18.3 LA COMMUNICATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles de l'assuré sont prioritairement traitées par l'**Assureur***. Toutefois pour besoins des traitements liés à la mise en place de l'adhésion ou l'exécution des prestations, ces données pourront également être transmises à différents organismes, tels que les réassureurs, courtiers partenaires, organismes sociaux, professionnels de santé et autres sous-traitants et prestataires éventuels, sous réserve du contrôle de leur respect préalable des dispositions de la Loi Informatique et Libertés

18.4 LIEU DES TRAITEMENTS ET HEBERGEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles sont exclusivement traitées et hébergées en France et en tout état de cause sur le territoire de l'Union Européenne. Si pour une raison quelconque, cette situation venait à être modifiée, l'**Assureur*** s'engage à vérifier au préalable des mécanismes de garantie du respect, par le prestataire concerné, des **prescription*s** du Règlement Européen UE N°2016-679 (BCR, adéquation etc...)

18.5 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

- Les données de prospection : dans la mesure où la proposition d'assurance n'aboutit pas à la régularisation d'une adhésion, les données personnelles seront conservées pour un maximum de 3 ans à compter du dernier contact avec le prospect, délai à l'issue duquel lesdites données seront détruites ou anonymisées.
- Les données liées à la mise en place de l'adhésion et l'exécution des prestations : les données seront conservées tout au long de la vie de l'adhésion. A l'issue elles seront conservées pendant les délais de **prescription*** applicables puis détruites ou anonymisées.

18.6 EXERCICE DES DROITS

L'assuré dispose des droits de rectification, d'accès, de portabilité de ses données, de donner ses instructions au responsable de traitement sur le sort de ses données après son décès et sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de limitation des traitements et d'effacement de ses données.

Ces droits peuvent être exercés en adressant une demande, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

- [Contact de la mutuelle : adresse postale + email et/ou N° de téléphone]

L'assuré conserve la possibilité d'adresser directement une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse CNIL/ 3 place Fontenoy/ TSA 80715/ 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet www.cnil.fr .

19. TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	1er CRU	MAGNUM	JEROBOAM	MATHUSALEM	SALMANAZAR
SOINS COURANTS (1)+ (2)					
Honoraires médicaux (consultations-visites) praticien adhérent à un DPTAM	100% BR	100%	150% BR	200% BR	250% BR
Honoraires médicaux (consultations-visites) praticien n'adhérant pas à un DPTAM	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Analyses en laboratoire/ radiologie	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Pharmacie remboursée par le RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Frais de transport	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Prothèses et appareillage (non dentaire/ non auditif)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Soins à l'étranger remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100%BR	100% BR	100%BR
MEDECINES DOUCES (FORFAIT ANNUEL TOUS POSTES CONFONDUS) (4)					
Homéopathie, microkinésithérapie	Néant	30€/ séance dans la limite de 3 séances par année	30€/ séance dans la limite de 3 séances par année	30€/ séance dans la limite de 3 séances par année	30€/ séance dans la limite de 4 séances par année
Ostéopathie, chiropractie					
Acupuncture, diététicien, éthiopathie					
HOSPITALISATION					
Frais de séjour en établissement hospitalier conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement hospitalier non conventionné	100% BR	100% BR	100%BR	100% BR	100%BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux praticien adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR	150%BR	200%BR	400%BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux praticien non adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR	125%BR	175%BR	200% BR
Transport	100% BR	100%BR	125%BR	150%BR	150%BR
Chambre particulière	Néant	30€/jour	45€/jour	60€/jour	75€/jour
Lit d'accompagnement pour hospitalisation des enfants bénéficiaires de moins de 12 ans	Néant	15€/jour	15€/jour	20€/jour	30€/jour
Prime de naissance réservée aux assurées (forfait) (4)	Néant	80 €	100 €	150 €	200 €
DENTAIRE					
Soins dentaires et obturations inlay/onlay	100% BR	100%BR	125%BR	150%BR	200%BR
Prothèses du panier "100% santé"	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation
Prothèses des paniers "tarifs maîtrisés" et "tarifs libres"	100% BR	100%BR	150% BR	200% BR	250%BR
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR	100%BR	150% BR	200% BR	250%BR
Forfait Plus annuel après 2 ans (prothèses dentaires hors panier "100% santé", orthodontie et implantologie remboursées ou non par le RO) (4)	Néant	100 €	150 €	200 €	400 €
OPTIQUE					
Equipements classe A du panier "100% santé" (3)	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente
Equipements classe B à verres simples (3)	50 €	120 €	150 €	200 €	300 €
Equipements classe B à verres complexes (3)	125 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Equipements classe B à verres très complexes (3)	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €
Lentilles remboursées ou non par le RO / FORFAIT ANNUEL (4)	Néant	50 €	50 €	100 €	100 €
Forfait Plus annuel après 2 ans (forfait supplémentaire optique hors panier "100% santé" et / ou opération de la myopie) (4)	Néant	30 €	50 €	100 €	100 €

AIDES AUDITIVES					
Conditions de remboursement jusqu'au 31/12/2020					
Appareil auditif ≤ 20 ans	100% BR	100%BR + 50€	100%BR +50€	100% BR+ 100€	100% BR + 200€
Appareil auditif > 20 ans	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR	300% BR
Conditions de remboursement à compter du 1/01/2021 (5)					
Appareil auditif de classe I du panier "100% santé"	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente	100% du Prix limite de vente
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" ≤ 20 ans	100% BR	100%BR + 50€	100%BR +50€	100% BR+ 100€	100% BR + 200€
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" > 20 ans	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR	300% BR
Piles et accessoires et entretien	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PREVENTION (FORFAIT ANNUEL TOUS POSTES COMPRIS) (4)					
Pilule micro-dosée ou préservatifs	30 €	30 €	30 €	40 €	50 €
Vaccin anti-grippe					
Substituts nicotiniques					
Dépistage de l'ostéoporose					
CURE THERMALE					
Forfait annuel sous réserve de prise en charge par le RO	néant	50 €	80 €	100 €	125 €
ASSISTANCE					
Voir convention spécifique "Assistance"	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
<p>Adhésion jusqu'à 65 ans : les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BR). Elles s'expriment en incluant le remboursement versé par le Régime Obligatoire à l'exception des forfaits. En toute situation, les remboursements sont limités au montant de la</p> <p>(1) : Pour les consultations, visites, actes techniques et de radiologie réalisés hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés.</p> <p>(2) : Pour les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie et autres spécialités de même nature, les remboursements sont limités à 100% de la Base de Remboursement du régime obligatoire.</p> <p>(3) : sauf les cas dérogatoires mentionnés aux Conditions Générales, les équipements ne peuvent être renouvelés que par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100€. Les montants de forfait indiqués incluent le remboursement du Régime Obligatoire.</p> <p>(4) : Les forfaits sont alloués une fois par an et par bénéficiaire</p> <p>(5) : Les équipements auditifs s'entendent par bénéficiaire et par oreille. A compter du 1er janvier 2021, le renouvellement de l'équipement se fera par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement, la prise en charge ne pouvant excéder 1700€ au titre des équipements de Classe II</p> <p>DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées incluant les ancennes dénomination "Contrat d'Accès aux soins" (CAS) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)</p>					

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** (A.C.P.R.) – 4, Place de Budapest 75436 PARIS, www.acpr.banque-france.fr.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'**Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est** (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex.

Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R322-113 et R322-117-4 du Code des assurances).



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
32 rue de la Préfecture – 21000 DIJON
Entreprise régie par le Code des Assurances
Membre du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)