

Assurance Santé est composée d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative sous le n° 405977. Il est conclu entre **L'Association GAMEST**, dénommé le **souscripteur**, et la **SMAB** (Société d'Assurance de Bourgogne), Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, dénommée **l'assureur** dont le siège est situé 32, rue de la Préfecture – 21000 Dijon. Les contrats ont pris effet le 1^{er} février 2013 et se renouvellent 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 GAMEST au moins deux mois avant la date de résiliation.

Assurance Santé est ouverte aux adhérents de l'Association GAMEST, dénommés adhérents après adhésion à la présente convention d'assurance.

L'adhésion à **Assurance Santé** 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 adhérents conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances.

La gestion des contrats **Assurance Santé** ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques sont réalisées paritairement par les représentants de L'Association GAMEST et ceux de la SMAB conformément à l'article L 141-6 du Code des Assurances.

Assurance Santé est formée :

- 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 les garanties que vous aurez choisies sur la demande d'adhésion ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année de souscription et a pour objet de garantir le remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux.

Afin de faciliter la compréhension des garanties de votre contrat, les mots suivants font l'objet d'une définition à laquelle vous voudrez bien vous reporter :

DEFINITIONS

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.

adhérent/assuré : le souscripteur de l'adhésion ou toute personne désignée aux Certificats d'adhésion et sur la tête de qui repose l'assurance.

Pour être garanti, l'assuré doit avoir sa résidence principale sur le territoire français.

année 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 société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

auxiliaires médicaux : 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 : tarifs servant de base aux remboursements par le régime obligatoire d'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.

bénéficiaire : personne bénéficiaire des garanties du présent contrat et désignée comme telle au Certificat d'adhésion. Le bénéficiaire doit être affilié à une assurance maladie obligatoire française.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux Certificats 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.

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 minimum comprend une nuit complète. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

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

nous : la société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

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

sinistre : accident ou maladie, fait générateur de la garantie.

souscripteur : l'Association GAMEST, 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.

VOS GARANTIES

1. objet de la garantie

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année de souscription.

L'adhésion a pour objet le remboursement de vos frais de santé engagés par les bénéficiaires assurés dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites et reprises au Certificat d'adhésion.

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

Le contrat répond à la réglementation en vigueur relative à la définition des contrats dits « solidaires et responsables » (article L871-1 du code de la Sécurité sociale et l'ensemble des décrets d'application) Nos garanties respectent des règles relatives au parcours de soins du médecin traitant et excluent par conséquent les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liées au non respect du parcours de soins. De même, ne sont pas garanties la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'assurance maladie.

Dans le respect de ladite réglementation, les garanties pourront être modifiées pour répondre aux obligations des contrats « responsables ».

2. définitions des garanties

L'adhésion prévoit le remboursement des frais médicaux après prise en charge et remboursement par

l'assurance maladie selon le Tableau des garanties figurant en page 3 des présentes Conditions Générales :

- les frais de consultation, de visites d'analyses et de radiologie de médecins généralistes et spécialistes, adhérent ou non au contrat d'accès aux soins,
- les soins médicaux courants,
- les auxiliaires médicaux,
- les soins dentaires, de prothèses dentaires, d'implantologie et d'orthodontie,
- les frais d'optique selon décret du 18.11.2014 sur les contrats responsables,
- les prothèses non dentaires et appareillages,
- les actes chirurgicaux,
- les hospitalisations en secteur conventionné et le forfait journalier,
- les frais de transport,
- les cures thermales,
- les actes de prévention prescrits et tels que prévus par les articles L871-1 et L871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'adhésion prévoit également le remboursement de certaines dépenses de santé, non prises en charge par l'assurance maladie dans la limite du plafond repris au Tableau des garanties figurant en page 3 des présentes Conditions Générales :

- la chambre particulière en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures,
- la prime de naissance réservée à nos assurés,
- les actes de médecines douces dispensés par un professionnel habilité et diplômé en France pour la naturopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la chiropractie,
- le forfait dentaire pour les prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie et pour les actes d'implantologie remboursés ou non par l'assurance maladie,
- le forfait optique en remboursement des verres et montures prescrites et prise en charge par l'assurance maladie

Le versement du forfait optique (hors lentilles refusées par l'assurance maladie) est subordonné au remboursement préalable de l'assurance maladie et est limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue où dans ce cas le forfait pourra être versé une fois par an. Les montants repris dans le Tableau de garanties incluent le ticket modérateur.

Un équipement simple est composé de verres simples dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries.

Un équipement complexe peut être composé d'un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries et d'un verre unifocal, multifocal ou progressif dont la sphère est > à -6 et +6,00 ou dont le cylindre est > 4 dioptrie.

Un équipement complexe peut également être composé de deux verres unifocaux, multifocaux ou progressifs dont la sphère est > à -6 et +6,00 ou dont le cylindre est > 4.

Un équipement très complexe est composé d'au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec une sphère hors zone de -8 à +8 ou sphérique hors zone de -4 à + 4 dioptries.

Les autres forfaits peuvent être versés une fois par année civile et par bénéficiaire.

Les délais courent à compter de l'acquisition de l'équipement objet du forfait concerné.

3. étendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent en France et dans le monde entier, pour autant que l'assurance maladie française prenne ces soins en charge.

4. 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).

5. les risques exclus ou limités

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,
- Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur.

6. le règlement des sinistres

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 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 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 percevait 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, diligente 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. Le paiement des prestations sera suspendu jusqu'à ce que le médecin ait rendu son rapport.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

7. 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.

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

– **A l'adhésion** : l'adhérent et les bénéficiaires assurés doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues 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 et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition, à l'exception de celles relatives à son état de santé.

8. délai 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 formule 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,

9. durée de l'adhésion

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 par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

10. le paiement des cotisations

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.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par simple lettre recommandée adressée à l'adhérent, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au troisième alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où a été payée à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

11. révision 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 réglementaires.

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 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

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.

13. résiliation de l'adhésion

L'adhésion peut être résiliée avant sa date d'expiration normale dans les cas et les conditions suivants :

➢ **par l'adhérent et l'assureur** :

en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité du souscripteur lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

➢ **par l'adhérent** :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué à votre adhésion,
- si nous résilions un autre de vos contrats après sinistre (art. R113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L113-4 du code des assurances),

➢ **par 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),
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

➢ **de plein droit** :

- en cas de retrait de nos agréments (art. L326-12 du code des assurances),
- 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).

La demande de résiliation peut être faite, soit par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent au Certificat d'adhésion (art. L113-14 du code des assurances).

DISPOSITIONS DIVERSES

14. prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

15. 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.

16. 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.

TABEAU DES GARANTIES	I^{er} cru	Magnum	Jeroboam	Mathusalem	Salmanazar
FRAIS HOSPITALIERS*					
honoraires médicaux et chirurgicaux (praticiens adhérent au CAS)	100%	100%	150%	200%	400%
honoraires médicaux et chirurgicaux	100%	100%	125%	175%	200%
frais de séjour	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
forfait journalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
chambre particulière	-	30€/ j	45€/ j	60€/ j	75€/ j
lit d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans	-	15€/ j	15€/ j	20€/ j	30€/ j
OPTIQUE					
Equipelement simple (1)	100%	120€	150€	200€	300€
Equipelement complexe (1)	100%	125€	150€	200€	300€
Equipelement très complexe (1)	100%	200€	200€	200€	300€
Lentilles remboursées ou non par la S.S (forfait annuel)	100%	50€	50€	100€	100€
forfait plus après 2 ans d'adhésion : forfait supplémentaire optique et/ou opération de la myopie (forfait annuel)	-	30€	50€	100€	100€
Le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €					
DENTAIRE					
soins dentaires	100%	100%	125%	150%	200%
prothèses dentaires, implants et orthodontie acceptés par le RO	100%	100%	150%	200%	250%
forfait plus après 2 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires remboursés ou non par le RO (forfait annuel)	-	100€	150€	200€	400€
MEDECINES DOUCES					
ostéopathie, chiropractie		30€/séance	30€/séance	30€/séance	30€/séance
microkynésithérapie, éthiopathie	-	(max 3	(max 3	(max 3	(max 4
acupuncture- diététicien		séances/an)	séances/an)	séances/an)	séances/an)
SOINS MEDICAUX COURANTS					
consultations + visites médicales (praticiens adhérent au CAS)	100%	100%	150%	200%	250%
consultations + visites médicales	100%	100%	125%	175%	200%
auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapie, orthophoniste)	100%	100%	125%	150%	200%
+ Analyses+ Radiologie	100%	100%	125%	150%	200%
pharmacie remboursée par le RO	100%	100%	100%	100%	100%
prothèses non dentaires	100%	100%	125%	150%	200%
soins à l'étranger pris par le RO	100%	100%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS					
cure thermale acceptée par le RO		50€	80€	100€	125€
transport	100%	100%	125%	150%	150%
prime de naissance réservée à nos assurées	-	80€	100€	150€	200€
FORFAIT PLUS PREVENTION (forfait annuel)					
dépistage de l'ostéoporose					
vaccin anti-grippe	30€	30€	30€	40€	50€
substitutifs nicotiniques					
pilule micro-dosée ou préservatifs					
assistance (2)	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

Adhésion jusqu'à 70 ans.

Les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou de base. Elles s'expriment inclusion faite du régime obligatoire, sauf pour les forfaits.

(*) en établissements conventionnés.

(1) les forfaits optiques sont biennaux, non cumulables et le coût des montures limité à 150 €, conformément au décret du 18.11.2014 sur les contrats responsables.

(2) selon Conditions Générales d'assistance. Toute demande de prestation d'assistance suppose l'accord préalable de Novamut Assistance – Tél : 0 969 322 142.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

RO : Régime Obligatoire

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 – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

En cas de réclamation, adressez-vous en priorité à votre interlocuteur habituel. Nous nous engageons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et le plus objectivement possible.

En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à votre première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à votre dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

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

Chacun de vos interlocuteurs bénéficie d'un délai de 10 jours ouvrables pour en accuser réception et de 2 mois pour vous répondre. Il vous est également possible de saisir, en cas de non règlement de votre litige, le Médiateur de l'Assurance, soit par courrier (TSA 50 110- 75441 PARIS CEDEX 09), soit par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur le site www.mediation-assurance.org.

Votre Mutuelle a adhéré à la "Charte de la Médiation" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers.

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).

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 et modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et qui figureraient dans tout fichier à l'usage de la Société, que vous pouvez exercer en vous adressant à : SMAB – 32 rue de la Préfecture - 21000 Dijon.



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)