

NOTICE D'INFORMATION DES REGIMES MEDICAUX ASSOCIATIFS CONCERNANT LES GARANTIES COMPLEMENTAIRE SANTE

PREAMBULE : La présente notice d'information a pour objet de définir les règles qui régissent les droits et obligations de l'association Régimes Médicaux Associatifs et de l'assureur désigné ci-après envers leurs adhérents bénéficiaires d'un régime obligatoire, en ce qui concerne les prestations complémentaires proposées définies dans le contrat collectif.

Cette notice d'information est régie par les conventions liant l'association Régimes Médicaux Associatifs à SMATIS FRANCE, 6 à 14, rue du PIAVE, 16920 – ANGOULEME cédex 9, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité, Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 781166293 et complétée par une annexe détaillant les prestations servies, l'ensemble formant un tout indissociable appelé contrat.

ARTICLE 1. INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'adhérent peut demander communication et rectification de toutes informations le concernant, qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Association, des Mutuelles, des Réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de l'Association.

ARTICLE 2. DEFINITIONS UTILES

ADHERENT : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui souscrit auprès d'elle une adhésion, en paie les cotisations et acquiert ou fait acquérir vocation aux avantages assurés par l'Association. L'adhérent est assujéti au Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, ou des Travailleurs Indépendants. Il devient sur la base d'un bulletin d'adhésion sur lequel figure son nom, membre participant de la Mutuelle et c'est sur sa tête que repose le risque.

AYANTS DROIT : Toutes les personnes (conjoint, concubin, enfants mineurs légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, partenaire lié au membre participant par un PACS ayants droit du membre participant au titre de son régime obligatoire et inscrits comme telles sur la carte d'affiliation au dit régime.

Ces personnes profitent systématiquement et obligatoirement des mêmes avantages que le membre participant dès son adhésion. Les ayants droit n'ont pas la qualité de membre participant de l'Association ni de la Mutuelle.

Les enfants majeurs poursuivant soit des cycles d'études soit un cycle de pré-apprentissage, peuvent sous certaines conditions et justificatifs (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage) être jusqu'à 25 ans considérés comme ayants droit.

Les enfants majeurs, de moins de 25 ans, demandeurs d'emploi non indemnisés ou jeunes sans ressource, s'ils sont à la charge de leurs parents au sens du régime obligatoire, peuvent être considérés comme ayants droit.

AGE DE L'ADHERENT : On entend par âge de l'adhérent la différence de millésime entre l'année de la date d'effet de l'adhésion et l'année de naissance de la personne garantie.

REGIME OBLIGATOIRE : Régime légal de prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le membre participant. Il est précisé sur le bulletin d'adhésion (Régime Général de la Sécurité Sociale, Régime des Salariés Agricoles ou Régime obligatoire des Travailleurs Indépendants ou tous autres régimes spéciaux français ou étrangers entrant dans le cadre de la territorialité des garanties.

TARIF DE RESPONSABILITE : Tarif servant de base au remboursement du régime obligatoire et appelé aussi TARIF DE CONVENTION, dans le cas des praticiens et Etablissements conventionnés et TARIF D'AUTORITE dans le cas des praticiens et Etablissements non conventionnés.

TICKET MODERATEUR : Fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire. Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur le Tarif de Convention.

ARTICLE 3. OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion a pour objet d'indemniser le membre participant et les ayants droit éventuellement désignés, selon l'option choisie figurant sur le bulletin d'adhésion à l'occasion d'une maladie ou d'un accident entraînant des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu à remboursement par le régime obligatoire dont il bénéficie et en complément de celui-ci.

Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues par les articles ci-après. Seules sont accordées à l'assuré les garanties mentionnées à son bulletin d'adhésion dont le détail figure en annexe.

ARTICLE 4. VIE DE L'ADHESION

L'adhésion d'un membre participant ou d'un ayant droit est conclue pour une durée minimum d'un an à partir de la date d'effet de la prise de garantie.

La première période se termine au 30 juin de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations.

Les demandes de remboursement des actes médicaux antérieurs à la date de démission doivent parvenir à l'Association dans les 90 jours qui suivent la date de ladite démission.

De ce fait, la démission en cours d'année ne dispense pas du paiement des cotisations jusqu'à l'échéance anniversaire suivante et les cotisations payées d'avance sont acquises à la Mutuelle quel que soit le motif de la démission.

ARTICLE 5. OBLIGATIONS DE L'ASSURE A L'ADHESION ET EN COURS DE CONTRAT

5. A- A l'adhésion : L'adhésion entraîne automatiquement l'acceptation des statuts de l'Association, des dispositions de la notice d'information, des conventions liant l'association à la Mutuelle, des statuts de la Mutuelle et de son règlement mutualiste.

Chaque adhérent doit lors de la demande d'adhésion être âgé de moins de :

- 61 ans pour l'ensemble des garanties de la gamme APM (APM 1, APM 2, APM 3, APM 3bis, APM 4).

- 66 ans pour l'ensemble des garanties S/P (SP/300, SP/301, SP/321, SP/336, SP/351, HOSPI).

- 71 ans pour les garanties Super Plus et Prestige.

- 71 ans pour les garanties de la gamme ABARIS (Standard, Améliorée, Confort)

- 100 ans pour les garanties Sécurité Plus, Bien Être, Standing.

Chaque adhérent doit compléter et signer un bulletin d'adhésion sur le modèle fourni par l'Association par lequel il donne son consentement à la couverture du risque et déclare en outre le Régime Obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et de ses enfants fiscalement à charge et sa profession.

5. B- Au cours du contrat : Chaque assuré doit par écrit informer l'Association d'un des événements suivants dès leur survenance, notamment :

MODALITÉS DE RENONCIATION

Le contractant peut renoncer à l'assurance dans un délai de trente jours à compter soit de la date de paiement de la première prime, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties). Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à RÉGIMES MÉDICAUX ASSOCIATIFS, avec avis de réception, reproduisant le texte indiqué ci-après :

“Je soussigné, (Nom et Prénom.....), né le....., demeurant....., déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai effectué un versement de..... en date du..... entre les mains de M., et demande le remboursement des sommes versées dans les conditions prévues par le Code des Assurances.”

La renonciation demandée par lettre recommandée avec accusé de réception met fin à toutes garanties résultant soit de la note de couverture, soit du contrat définitif, à compter de sa date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi).

10 jours après la période de suspension, la Mutuelle a le droit de résilier ses garanties, indépendamment du droit pour elle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir.

ARTICLE 11. EXCLUSION

L'adhérent peut être exclu de l'Association et, par voie de conséquence, de la Mutuelle.

11.1 si son attitude ou sa conduite est susceptible de porter un préjudice moral à l'Association,

11.2 s'il a causé un préjudice volontaire et dûment constaté aux intérêts de l'Association,

11.3 s'il est frappé définitivement d'une condamnation grave.

L'adhérent dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

En cas d'exclusion les cotisations payées d'avance restent acquises à l'Association, et celles non encore échues demeurent exigibles jusqu'à l'exclusion.

ARTICLE 12. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent sur le territoire français, les territoires français d'outre mer, ainsi qu'aux pays membres de l'Union Européenne.

Elles s'exercent aux accidents ou maladies survenus à l'étranger dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont dépend l'adhérent. Les règlements sont effectués en euros.

ARTICLE 13. FORCLUSION

Sont frappés de forclusion pour le règlement des prestations, tous décomptes et plus généralement toutes demandes de remboursement, prises en charge qui n'auraient pas été présentés dans un délai de deux ans à partir de leur date d'émission par un régime obligatoire.

ARTICLE 14. JURIDICTIONS COMPETENTES

L'Association fait élection de domicile auprès du Tribunal de Grande Instance de Carpentras ; la Mutuelle, du Tribunal de Grande Instance d'Angoulême. Si l'adhérent est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

ARTICLE 15. ETENDUE DES GARANTIES

15. A - les garanties

Les dépenses médicales donnant droit à prestation et leur niveau de remboursement sont mentionnés en annexe. Elles concernent les postes suivants :

- hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale
- soins et actes médicaux ou chirurgicaux en milieux hospitaliers consécutifs à une hospitalisation
- médecine générale ou spéciale :
- visites, consultations et soins dispensés par les médecins, les chirurgiens, dentistes ou les auxiliaires médicaux,
- traitements spéciaux d'un coefficient égal ou supérieur à K30 pratiqués par un médecin,
- pharmacies,
- auxiliaires médicaux,
- analyses, frais de laboratoire et radiographie,
- appareils d'orthodontie, de prothèses (autre que dentaire),
- prothèse dentaire,
- optique.

15. B - garanties complémentaires

Elles ne sont accordées que si la mention « garanti » figure sur le détail annexé :

- hospitalisation,
- forfait journalier hospitalier,
- supplément pour chambre particulière,
- indemnités,
- maternité : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, la maternité est garantie sous la forme d'une indemnité forfaitaire qui couvre les frais imputables à l'accouchement, elle exclut tout autre versement de la part de la Mutuelle pour des frais occasionnés par l'accouchement. En cas d'intervention chirurgicale, la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en oeuvre en lieu et place du forfait maternité,
- cure thermale : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, l'indemnité forfaitaire est versée à l'occasion d'une cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale. Elle est destinée à couvrir les frais engagés pour cette cure et exclut de la part de la Mutuelle tout autre remboursement de frais se rapportant à celle-ci y compris le transport et l'hébergement,

15. C - limites de garanties

En cas de modifications des remboursements du Régime Obligatoire, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement qui était le sien en valeur absolue avant ladite modification.

Le montant des remboursements est lié à l'option choisie par l'adhérent figurant sur son certificat d'adhésion.

Le total des remboursements du Régime Obligatoire et de la Mutuelle est toujours limité au montant de la dépense réellement engagée.

En cas de cumul de garanties, le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement engagés.

15. D - plafonds et forfaits annuels par bénéficiaire de garanties

Pour toutes les garanties comprenant des plafonds par année d'assurance, l'année d'assurance est calculée à partir de la date d'effet par période de 360 jours, et non comptée par année civile.

ARTICLE 16. LES EXCLUSIONS AUX PRESTATIONS

La Mutuelle ne paie pas de prestations dans les cas suivants :

16.1 les dépenses, soins ou interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf s'ils figurent sur le tableau des garanties de l'adhérent avec la mention « refusé Sécurité Sociale selon nomenclature »,

16.2 les actes indemnisables au titre d'assurances spéciales obligatoires (accidents avec un tiers identifié, maladies consécutives à un accident sportif ou scolaire pour lesquels existent déjà des organismes d'assurances obligatoires dans le cadre de la licence ou de la responsabilité civile...),

16.3 les soins prodigués avant l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 7 de la présente notice d'information, la date retenue étant celle portée sur les bordereaux de remboursement de la Caisse Maladie de l'adhérent (date de prescription),

16.4 les prestations provenant de sinistres antérieurs à la date d'effet du contrat à l'exception de l'orthodontie.

ARTICLE 17. MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

L'adhérent doit faire parvenir à l'Association toutes les pièces concernant un accident ou une maladie dans les 12 mois qui suivent la date du premier acte médical.

Toutefois, s'agissant de frais d'hospitalisation, le délai sera apprécié à compter de la date de facturation sans pouvoir excéder deux ans à partir de la date de l'acte médical.

17. A - prestations en nature

Pour les Caisses Primaires d'Assurances Maladie avec lesquelles la Mutuelle est en télétransmission, l'image des décomptes parvient par liaison informatique sauf refus de l'assuré.

Dans ce cas et dans le cas où la télétransmission n'est pas mise en place l'adhérent doit obligatoirement faire parvenir à l'Association le ou les originaux des remboursements qu'il a perçus par sa Caisse Maladie (décompte Sécurité Sociale ou Caisse Régime Obligatoire).

Aucune photocopie ne peut être prise en compte.

L'adhérent doit fournir des justificatifs supplémentaires dans les cas suivants :

- prothèses dentaires acceptées : le décompte de la Caisse Maladie et la facture acquittée,
- prothèses dentaires refusées : la notification du refus par la Caisse Maladie et la facture détaillée acquittée,
- optique : le décompte de la Caisse Maladie et la facture acquittée,
- lentilles de contact refusées : la notification de refus par la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée,
- hospitalisation : facture détaillée et acquittée,
- pour le ticket modérateur, l'assuré peut demander une prise en charge à l'Association.

Sinon l'adhérent doit fournir l'original de la facture acquittée,

- pour les dépassements d'honoraires, les frais d'accompagnement, la maternité, l'adhérent doit fournir une facture acquittée mentionnant le K opératoire.

17. B - indemnités forfaitaires

Dans le cas où le contrat le prévoit, l'adhérent pour percevoir ses indemnités forfaitaires (ou prime) doit fournir dans les cas suivants :

- maternité : une copie du livret de famille, il est versé une seule prime par enfant et par foyer. Dans le cas d'une césarienne la chambre particulière est remboursée sur production de la facture acquittée selon les garanties souscrites,
 - cure thermale : le bordereau de la Caisse Maladie et la facture de l'établissement.
- Le versement de cette indemnité exclut toute autre prestation.

ARTICLE 18. RECLAMATION

Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit.

Elle doit comprendre la photocopie du(es) décompte(s) concerné(s).

En cas de désaccord entre l'Association, la Mutuelle et l'adhérent celui-ci s'interdit d'avoir recours à la voie judiciaire sans avoir soumis au préalable son litige au Conseil d'Administration de l'Association et avoir reçu la réponse écrite de ce dernier.

ARTICLE 19. SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre un tiers responsable que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétiques et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

ARTICLE 20. MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

Le contractant peut renoncer dans un délai de 30 jours à compter soit de la date de signature du bulletin d'adhésion et ce quelque soit sa date d'effet, soit, à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties). Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à l'Association, reproduisant le texte indiqué ci-après :

« je soussigné, (nom et prénom) né le.... demeurant à..... déclare expressément renoncer à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé.....€, en date du..... entre les mains de Monsieur/Madame et demande le remboursement des sommes versées, à l'exception des droits associatifs.»

La renonciation demandée par lettre recommandée avec accusé de réception met fin à toutes les garanties à compter de sa date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi).