

Complémentaire et  
Surcomplémentaire Santé

Conditions Générales

**Effervescence**

Famille



**SOLLY AZAR**  
SANTÉ & VIE

Avec nous, un client c'est toute une vie

Avril 2005

# Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative

## Notice d'Information Réf E6/4132 des contrats

### EFFERVESCEANCE FAMILLE n° 150100 & n° 300100

Votre adhésion est régie par le Code des Assurances français et les dispositions qui suivent.  
Elle est constituée de la présente Notice d'Information et de votre Certificat d'Adhésion.

Toutes les demandes de remboursement et de prise en charge doivent être obligatoirement adressées à :  
SOLLY AZAR SANTE & VIE GESTION SANTÉ  
44-50, avenue du capitaine Glarner - 93407 SAINT-OUEN CEDEX - Tél. 01 49 48 12 14 - Fax 01 40 11 11 41

#### ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Les contrats groupe n° 150100 (sans sélection médicale) et n° 300100 (avec sélection médicale) sont souscrits par Solly Azar Santé & Vie, au profit des clients de ses correspondants. Ils garantissent le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie, sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties inscrit au Certificat d'Adhésion.

#### ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Bénéficient des garanties des présents contrats :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s).

Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin, s'il est bénéficiaire, jusqu'à leur 21<sup>e</sup> anniversaire ou jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

**La garantie cesse à l'échéance principale suivant leur anniversaire.**

#### ARTICLE 3 - VOS DÉCLARATIONS

Les assurés, personnes physiques, doivent remplir les conditions suivantes :

a) **A l'adhésion**, chaque personne qui désire s'assurer procède aux déclarations qui sont reprises au Certificat d'Adhésion concernant son âge, son régime obligatoire. Les personnes adhérent au contrat n° 300100, procèdent également aux déclarations concernant leur état de santé. Ces déclarations ne pourront à aucun moment être utilisées par l'assureur dans le cadre d'une adhésion à tout autre contrat. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti.

b) **En cours d'adhésion**, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, à l'exclusion des éléments relatifs à l'état de santé des assurés. Toutefois, en cas de diminution du risque lié à l'état de santé déclaré à la souscription (pour l'adhésion au contrat N° 300100), l'Assureur pourra, sur demande de l'Adhérent, réviser le montant de la prime à la prochaine échéance anniversaire du contrat,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,

- et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux déclarations prévues à l'adhésion.

#### MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHESION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

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

#### ARTICLE 4 - FORMATION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

##### 4.1 - Date d'effet de l'adhésion

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserves de l'encaissement effectif de la première prime, de la signature du Certificat d'Adhésion, à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion. Il en est de même pour les avenants.

Sauf avis express de l'Adhérent, en cas d'adhésion simultanée ou non, à la fois au contrat groupe n° 150100 et au contrat groupe n° 300100, les deux adhésions sont regroupées au sein d'un Certificat d'Adhésion unique dont la date d'échéance principale est celle de l'adhésion la plus ancienne.

##### 4.2 - Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 10 ci-après.

A l'exception des garanties cessant au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré et des cas visés aux articles L. 113-3, L. 113-9 et L. 326-12 du Code des Assurances, **l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.**

#### ARTICLE 5 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Les contrats garantissent le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

Les prestations sont calculées et remboursées suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : codification des actes professionnels et tarif de Responsabilité. Le Tarif de Convention de la Sécurité Sociale française auquel nous nous référons pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réels et, s'exerce, en fonction de l'option choisie à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion.

#### 5.1 - Garantie en cas d'hospitalisation :

**Pour les garanties à hauteur de 100 % des frais réels engagés, une demande d'entente préalable sera exigée.**

**L'entente devra alors être délivrée par le Médecin Conseil de la Compagnie. En cas de refus de sa part ou d'absence de demande de la part de l'assuré, les garanties seront limitées à 400 % du Tarif de Convention.**

#### 5.2 - Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique :

L'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % du tarif de convention (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire), **à l'exclusion du remboursement de la chambre particulière et de tous autres frais. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours pour la psychiatrie et à un maximum global de 30 jours pour tous les autres séjours.**

#### 5.3 - Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés :

Elles sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire. **Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais liés au traitement des maladies psychiatriques et des dépressions nerveuses, y compris la psychothérapie ou psychanalyse.**

#### 5.4 - Garantie de la maternité :

Des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption, à condition que l'enfant soit désigné "bénéficiaire" au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption.

La prime est versée une seule fois en cas de naissance ou d'adoption multiple.

**Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement pathologiques où les garanties en cas de maladie sont acquises de plein droit.**

#### 5.5 - Garantie des cures thermales :

Elle donne lieu au versement d'un forfait **excluant le remboursement de tous autres frais.**

#### 5.6 - Garantie des frais médicaux ou de médecine non conventionnelle non pris en charge par le Régime Obligatoire :

Les contrats peuvent garantir, des actes ou prescriptions non pris en charge par le Régime Obligatoire. Le montant des remboursements peut alors être limité par acte ou prescription et à un plafond annuel par bénéficiaire.

## ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

### 6.1 - Générales

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

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un Assuré ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

### 6.2 - Relatives à la nature de l'établissement ou du service

**L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :**

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- de gériatries, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;

### 6.3 - Relatives aux hospitalisations et traitements suivants

**L'Assureur ne garantit pas :**

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant ait été déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance.

## ARTICLE 7 - PAIEMENT DES PRIMES

L'Adhérent doit payer chaque prime à son échéance au Siège Social de l'Assureur ou de Solly Azar Santé & Vie.

La prime, les accessoires et tous impôts, contributions et taxes sont payables d'avance.

Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhérent, les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

A défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de pour-

suivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

**Les coûts d'établissement et d'envoi des mises en demeure sont à la charge de l'Adhérent.**

La suspension de garantie entraîne, pour chaque bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenus pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

## ARTICLE 8 - EVOLUTION DES PRIMES

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion.

Elle peut varier dans 2 cas :

### 8.1 - Ajustement du tarif

Les primes varient à chaque échéance principale en fonction de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré, composé des assurés ayant les mêmes garanties et le même régime que celui des Assurés.

### 8.2 - Révision du tarif

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La révision de la prime pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

En cas de majoration de la prime hors taxe, l'Adhérent aura alors le droit de résilier l'adhésion, par l'un des moyens indiqués à l'article 10 ci-après, dans les **15 jours** qui suivent celui où il aura eu connaissance de la majoration.

La résiliation prendra effet un mois après la notification de l'Adhérent et la Compagnie aura droit à la fraction de prime calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle prime sera considérée comme acceptée par l'Adhérent.

## ARTICLE 9 - SINISTRES

### 9.1 - Justification des dépenses

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (**Gestion Solly Azar Santé & Vie, 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex**, Tél. : 01 49 48 12 14, Fax : 01 40 11 11 41), dans les 3 mois qui suivent la date des décomptes du Régime Obligatoire :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire (ou leur copie accompagnée des originaux de bordereaux de l'organisme complémentaire si vous avez souscrit une formule surcomplémentaire).
- 2) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour la garantie des actes et médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire.

3) L'original de la facture pour l'optique, les prothèses dentaires et l'orthodontie acceptées et refusées et les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale.

4) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

5) **La demande d'entente préalable avant d'engager des dépenses qui y sont soumises, selon mention indiquée au Certificat d'Adhésion.**

6) L'original de la facture pour le forfait cures thermales.

7) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant pour la prime de naissance.

8) Un bulletin de décès, un certificat post-mortem, une copie certifiée conforme du livret de famille et un certificat d'hérédité, ou un acte notarié pour la garantie des frais d'obsèques ou à défaut un certificat de porte-fort.

9) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.

10) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.

### Télétransmission :

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : Gestion Solly Azar Santé & Vie 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex.

### 9.2 - Paiement des indemnités

Le paiement des indemnités dues au titre des présents contrats est effectué dans les 15 jours à partir de la réception des documents justificatifs, après accord des parties.

### 9.3 - Contrôle des dépenses, Contrôle médical

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix.

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

### 9.4 - Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et l'Assureur, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3<sup>e</sup> médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3<sup>e</sup> médecin et des frais de sa nomination

## 9.5 - Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L.131-2 du Code des Assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

### ARTICLE 10 - CESSATION DES GARANTIES

Certaines garanties peuvent cesser en fonction de l'âge de l'assuré. Elles sont mentionnées dans le tableau inscrit dans votre Certificat d'Adhésion.

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

## 10.1 - Résiliation de l'adhésion

A l'initiative de l'Adhérent :

- a) A chaque échéance annuelle de l'adhésion selon les dispositions de l'Article 4, moyennant un préavis de 3 mois.
- b) En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2.
- c) En cas de changement de Régime Obligatoire si les garanties en relation avec la situation antérieure ne correspondent plus à la situation nouvelle de l'Adhérent. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification par lettre recommandée.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de Solly Azar Santé & Vie.

A l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 3.
- b) En cas de non paiement de la prime (art. L.113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation.
- c) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.113-9 du Code des Assurances).

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis.

Elle intervient de plein droit :

- a) En cas de fixation de domicile hors France métropolitaine ; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.
- b) En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

**Tiers-payant :**

**En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte tiers-**

**payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.**

## 10.2 - Résiliation des contrats :

- a) La résiliation de chaque contrat groupe souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par Solly Azar Santé & Vie ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.
- b) Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L.326.12 du Code des Assurances).

### ARTICLE 11 - TERRITORIALITÉ

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'Étranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire s'applique mais, le règlement est effectué en France et en Euros.

### ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant des contrats est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### ARTICLE 13 - MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, l'Adhérent ou l'Assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent ou l'Assuré pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse ci-dessous :

L'Équité - Procédure Médiation  
7-9, bld Haussmann - 75009 PARIS

### ARTICLE 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les assurés et leurs bénéficiaires sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978.

Ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : Solly Azar Santé & Vie - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 Paris Cedex 09.

Les régimes obligatoires d'assurance maladie étant destinataires d'un certain nombre d'informations, vous pouvez vous opposer par écrit à tout moment à l'envoi automatique de vos décomptes de prestations au gestionnaire.

### ARTICLE 15 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par les présents contrats est la Commission de contrôle des assurances - 54, rue de Châteaudun - 75009 Paris.

## DÉFINITIONS

### Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

### Adhérent :

Personne qui a souscrit l'adhésion et qui est désignée sous ce nom au Certificat d'Adhésion (ou toute autre personne qui lui serait substituée).

### Aggravation de risque :

Circonstances nouvelles qui, si elles avaient existé lors de la conclusion de l'adhésion, auraient entraîné le refus de contracter de l'Assureur ou la perception d'une prime plus élevée.

### Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

**Assuré(s) :** voir Bénéficiaire

### Assureur :

Compagnie L'Équité. Entreprise régie par le Code des Assurances.

### Ayants droit :

Le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

### Bénéficiaires :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

### Certificat d'Adhésion :

Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

### Chirurgie de la myopie (réfractive) :

Intervention chirurgicale destinée à réduire la myopie par modification de la géométrie de la cornée en utilisant la technique du laser.

### Echéance principale :

Correspond à la date anniversaire de l'adhésion.

### Entente préalable :

Procédure par laquelle l'Assuré demande accord préalablement à l'engagement des soins sur la garantie et le montant des prestations pris en charge (document pré-imprimé disponible sur simple demande).

### Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident garantis. Est considéré comme une hospitalisation unique, deux ou plusieurs hospitalisations dues à la même maladie ou au même accident qui ne sont pas séparées par plus de 30 jours.

### Implants dentaires :

Technique qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.

### Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

### Maternité :

Etat de grossesse pendant lequel les frais liés à cette grossesse sont pris en charge à hauteur de 100 % du TC par le Régime Obligatoire de l'Assurée.

### Médecine non conventionnelle :

Ce terme désigne les actes et prescriptions des homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs et étioopathes inscrits au registre officiel de la Sécurité Sociale française ou adhérents de l'un des organismes suivants : Registre des Ostéopathes de France, Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat National des Ostéopathes de France et Registre National des Etiopathes. Cette liste pourra être élargie ultérieurement par l'Assureur.

### Médicament :

Substance prescrite par un médecin, délivrée par un pharmacien, et disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale.

**Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages.**

### Orthodontie :

Partie de la chirurgie dentaire qui traite des difformités et des anomalies de positionnement des dents.

### Orthopédie :

Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

### Pharmacie :

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

### Régime obligatoire :

Régime légal français de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire et, qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

### Tarif d'autorité :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux non liés par une convention nationale.

### Tarif de convention :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

### Tarif de responsabilité :

Selon le cas, tarif de Convention ou tarif d'Autorité du régime obligatoire.

### Ticket modérateur :

Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

### Transport :

Le transport du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

Fin de texte



Fondée en 1887

Entreprise régie par le Code des Assurances

S.A. au capital de 15 569 320 EUR - RCS PARIS B 572 084 697

Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75442 PARIS CEDEX 09

Tél. : 01 58 38 10 10 - Télécopieur : 01 58 34 10 90