

SANTÉ INDIVIDUELLE - FLEXISANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
Article 1.1 Préambule	4
Article 1.2 Quel est l’objet du contrat ?.....	4
Article 1.3 Qui peut adhérer ?	5
Article 1.4 Comment adhérer ?	5
Article 1.5 Qui est assuré ?	6
Article 1.6 Où est-on assuré ?.....	6
Article 1.7 Quand commence la couverture ?	6
Article 1.8 Le contrat est-il responsable ?	7
Article 1.9 Le contrat est-il éligible à la fiscalité Madelin ?	8
CHAPITRE 2 : FONCTIONNEMENT DU CONTRAT.....	8
Article 2.1 Effet et renouvellement de l’adhésion	8
Article 2.2 Modification du niveau de garantie	8
Article 2.3 Résiliation de l’adhésion.....	9
Article 2.4 Cessation des garanties.....	10
Article 2.5 Nullité de l’adhésion.....	11
Article 2.6 Renonciation de l’adhésion	11
Article 2.7 Obligations de l’Adhérent.....	12
Article 2.7.1 Déclarations.....	12
Article 2.7.2 Paiement des cotisations	12
Article 2.7.3 Cumul d’assurance	12
Article 2.7.4 Utilisation de la carte de Tiers payant.....	13
Article 2.8 Modification du Contrat.....	13
CHAPITRE 3 : GARANTIES ET PRESTATIONS	13
Article 3.1 Formules.....	13
Article 3.2 Renforts	14
Article 3.3 Description des garanties	14
Article 3.3.1 Le poste hospitalisation chirurgicale – médicale - maternité.....	14
Article 3.3.2 Le poste soins courants	15
Article 3.3.3 Le poste dentaire.....	17
Article 3.3.4 Le poste optique.....	18
Article 3.3.5 Le poste aides auditives	18
Article 3.4 Exclusions	19
Article 3.5 Règlement des prestations.....	20

3.5.2 Pièces justificatives	20
3.5.3 Contrôle médical.....	21
Article 3.6 Subrogation	21
CHAPITRE 4 : COTISATIONS	22
Article 4.1 Montant des cotisations.....	22
Article 4.2 Paiement des cotisations.....	22
Article 4.3 Impayés	23
Article 4.3 Evolution des cotisations.....	23
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES	23
Article 5.1 Réclamations	23
Article 5.2 Prescription	24
Article 5.3 Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme	25
Article 5.4 Protection des données personnelles	25
CHAPITRE 6 : LEXIQUE ET TERMINOLOGIE	26

Contrat collectif n° 5byxgc

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1.1 Préambule

Le présent Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative conformément à l'article L.141-1 du Code des assurances, conclu entre l'Association pour la Prévoyance et la Santé de Tous (APST) et l'assureur SEYNA au bénéfice des adhérents de l'association (ci-après le "Contrat").

Le Contrat fait intervenir plusieurs acteurs :

- l'Association ou le **Souscripteur** : désigne l'Association pour la Prévoyance et la Santé de Tous (APST) souscriptrice du contrat collectif ou « Contrat/ Contrat-cadre » avec l'Assureur.
- l'**Adhérent** : désigne la personne physique, adhérente à l'Association, ayant adhéré au Contrat cadre souscrit par cette dernière dans les conditions prévues à l'article 1.3.
- les **Assurés** : désignent l'Adhérent principal et ses éventuels ayants-droit bénéficiaires affiliés au régime de Sécurité sociale français et au présent Contrat. Les ayants-droit ne peuvent avoir la qualité d'Assurés que si l'Adhérent principal, est lui-même assuré au contrat.
- l'**Assureur** : désigne SEYNA, société anonyme au capital de 1.115.800,42 €, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis-Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.
- le **Courtier distributeur** : désigne le courtier d'assurance immatriculé au registre de l'ORIAS distribuant le Contrat auprès de l'Adhérent au sens de l'article L.511-1 du Code des assurances.
- le **Gestionnaire** : désigne Actudata, société par actions simplifiée de gestion et de courtage d'assurances au capital de 20.000 euros, dont le siège social est situé 205 Avenue Georges CLEMENCEAU 92000 Nanterre, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 812 893 295, enregistrée à l'ORIAS en qualité de courtier en assurances sous le numéro 16 006 094, mandaté par l'Assureur pour la gestion du contrat.

Le présent Contrat est régi par la loi française et la langue applicable est la langue française.

Article 1.2 Quel est l'objet du contrat ?

Le Contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion individuelle et facultative ayant pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent principal et

SEYNA, SA au capital de 1.115.800,42 €, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis-Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

de ses ayants-droit affiliés en cas d'Accident, de Maladie ou de Maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Il intervient ainsi pour le remboursement de frais de santé en complément des prestations du Régime obligatoire, dans la limite des frais réels engagés par les Assurés.

Le Contrat prévoit des formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation.

Les tableaux de garanties figurent en ANNEXE I des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

La formule retenue par l'Adhérent, applicable tant à lui-même qu'à ses Ayants droit le cas échéant, est indiquée dans le certificat d'adhésion.

Le présent Contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches Accidents (1) et Maladie (2) prévues à l'article R.321-1 du code précité.

Article 1.3 Qui peut adhérer ?

Le présent contrat s'adresse à des personnes actives, qu'elles soient salariées ou travailleurs non-salariés (TNS), ou sans emploi, inscrites à Pôle emploi et adhérentes à l'Association souscriptrice.

L'Adhérent doit :

- Être résident fiscal français ;
- Être domicilié en France métropolitaine ou dans les DROM-COM ;
- Avoir, à l'adhésion, au minimum 18 ans et au maximum 90 ans inclus pour les niveaux 1 à 5 et 85 ans inclus pour les niveaux 6 et 7, par différence de millésime ;
- Être affilié à un Régime Obligatoire Français ;
- Avoir la capacité juridique pour adhérer.

Pour les Adhérents TNS spécifiquement :

- Être à jour du paiement des cotisations de son Régime obligatoire conformément à l'article L.615-4 du Code de la Sécurité sociale.

Article 1.4 Comment adhérer ?

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres du Souscripteur demandant à adhérer au Contrat.

La personne peut adhérer au Contrat, en signant un Bulletin d'adhésion de manière manuscrite ou par l'intermédiaire d'un dispositif de signature électronique, après présentation d'une proposition commerciale par son Courtier distributeur.

Cette adhésion n'est soumise à aucune formalité médicale.

L'Adhérent choisit à cette occasion une formule de garanties et le cas échéant un ou plusieurs renforts optionnels.

L'Adhérent peut également décider d'affilier ses ayants-droit tels que définis à l'article 1.5.

L'Adhérent doit en parallèle fournir au Gestionnaire :

- Le code IBAN de son compte bancaire français ou de celui du Bénéficiaire des soins pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- Son attestation d'assuré social et celle de ses Ayants droit inscrits au Contrat.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion indiquant notamment :

- La date d'effet de l'adhésion,
- Les Ayants droits inscrits à l'adhésion,
- La formule de garanties souscrite,
- Le montant de cotisation correspondant.

Article 1.5 Qui est assuré ?

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, en sus de l'Adhérent, Assuré principal, les ayants-droit répondant aux conditions suivantes peuvent être affiliés au titre du présent Contrat :

- Le **Conjoint de l'Adhérent** qu'il soit marié, partenaire de PACS ou concubin.
- Les **Enfants à charge de l'Adhérent âgés de moins de 28 ans** par différence de millésime dès lors qu'ils poursuivent leurs études et n'exercent pas une activité salariée (hors activité saisonnière).

Par exception, l'affiliation peut être maintenue de manière viagère au-delà de 28 ans si l'enfant :

- Est en situation de handicap et perçoit à ce titre une allocation.
- Est reconnu invalide de 2^{ème} ou 3^{ème} Catégorie avant son 21^{ème} anniversaire.

L'affiliation des ayants-droit, alors bénéficiaires des garanties et assurés au Contrat, peut être réalisée à l'adhésion ou en cours d'adhésion.

Article 1.6 Où est-on assuré ?

Les garanties et prestations du présent contrat sont acquises pour les soins réalisés en France Métropolitaine et en DROM-COM.

Les soins réalisés à l'étranger sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les prestations seront ainsi versées à la condition de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et selon la codification des actes qu'elle aura retenue.

Article 1.7 Quand commence la couverture ?

Le présent contrat prend effet pour l'Adhérent à la date indiquée au Certificat d'adhésion sans l'application d'un délai de carence à l'exception des niveaux 5 à 7 qui appliquent un délai de carence de 30 jours.

L'inscription des Ayants droit prend effet :

- À la même date que l'adhésion de l'Adhèrent lui-même, lorsqu'il demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion,
- Au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu :
 - Une modification de la situation matrimoniale de l'Adhèrent (mariage, conclusion d'un Pacte Civil de Solidarité...),
 - Une naissance d'enfant(s),
 - Le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les Ayants droit,

Sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'Assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification ou de la naissance,

- Au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précités n'aura pas été respecté,
- Et en outre, en cas de demande ultérieure de rattachement d'un Ayant droit, dans les conditions de l'article « formule de garanties ».

Conformément à l'article 2.1, il est précisé que l'Assureur ne prend en charge, tant pour l'Adhèrent que pour ses Ayants droit, que les soins réalisés au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

Article 1.8 Le contrat est-il responsable ?

On entend par responsable un contrat répondant aux conditions fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses éventuels textes d'application.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes Conditions Générales valant Notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (remboursement Sécurité sociale inclus).

Ce Contrat respecte les planchers minimaux et les plafonds maximums de garanties du « Contrat responsable » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'Honoraires des médecins non Adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

De même, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions.

Le caractère responsable des formules de garanties est précisé au Certificat d'adhésion.

Afin de conserver leur caractère responsable en cas d'évolution de la réglementation, l'Assureur peut être amené à faire évoluer le montant de ces garanties dans les conditions prévues à l'article L.112-3 du Code des assurances.

Article 1.9 Le contrat est-il éligible à la fiscalité Madelin ?

Les Adhérents ayant le statut de travailleurs non-salariés non agricoles peuvent bénéficier du régime fiscal Madelin (LOI n° 94-126 du 11 février 1994 – article 154 Bis du code général des impôts) au titre du présent contrat pour les niveaux de garanties et renforts optionnels responsables.

L'éligibilité au dispositif Madelin, et la production d'une attestation de cotisations déductibles, est conditionnée au respect des conditions suivantes :

- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Être à jour du paiement des cotisations de son Régime obligatoire.

CHAPITRE 2 : FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

Le Contrat conclu entre le Souscripteur et l'Assureur prend effet le 1^{er} juin 2023. Le Contrat a été souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre 2023.

Le Contrat est reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an sauf cas de résiliation anticipée.

Article 2.1 Effet et renouvellement de l'adhésion

Chaque Assuré bénéficie des garanties à compter de son affiliation au Contrat intervenant au plus tôt à la date d'effet du présent Contrat tel que précisé à l'article 1.7.

Les garanties ne sont toutefois ouvertes que pour les soins réalisés à compter de la date d'affiliation/adhésion de l'Assuré. Les soins réalisés antérieurement à cette date ne peuvent pas donner lieu à une prise en charge de l'Assureur.

Le bénéfice des prestations n'est soumis à aucun délai de carence.

Le Contrat est renouvelé tacitement chaque année à la date d'anniversaire de l'adhésion, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties selon les modalités prévues à l'article 2.3.

Article 2.2 Modification du niveau de garantie

L'Adhérent peut faire évoluer sa formule de garanties à compter de 12 mois d'ancienneté sur son niveau de garanties antérieur tant pour lui-même que pour ses Ayants droits éventuellement inscrits au Contrat :

- **à effet du 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande 2 mois au moins avant cette date ;**
- **En cas de changement de situation de famille** (en cas de mariage, conclusion d'un PACS, Concubinage, divorce, rupture du PACS ou cessation du Concubinage, décès du Conjoint, partenaire du PACS ou Concubin, naissance d'enfant...) **sous réserve de déclarer ce changement de situation de famille et d'indiquer la nouvelle formule de garanties retenue dans un délai de 2 mois suivant la date du changement de situation de famille.**

Pour toute demande de modification, l'Adhérent devra compléter et signer un nouveau bulletin fourni par le Gestionnaire sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la (ou les) modifications de sa situation de famille.

Dans tous les cas, l'Adhérent et l'ensemble de ses Ayants droits inscrits au certificat d'adhésion doivent bénéficier de la même formule de garanties.

Si les délais de deux (2) mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'Adhérent est irrecevable, l'Adhérent et ses Ayants droits inscrits au certificat d'adhésion continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

L'Adhérent qui modifie sa formule de garanties à la baisse, ne pourra à nouveau souscrire à une formule à la hausse qu'en cas de modification de sa situation de famille dans les conditions exposées ci-dessus.

Article 2.3 Résiliation de l'adhésion

L'adhésion est résiliée de plein droit dans les cas suivants :

- En cas de résiliation du Contrat ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- Lorsque l'Adhérent perd la qualité d'Assuré ;
- En cas de cessation ou de changement d'affiliation à un Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est à noter que si l'Adhérent perd la qualité d'adhérent à l'Association, la résiliation prendra effet à la date anniversaire de l'adhésion.

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérent dans les cas suivants :

- Conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier son adhésion à la date d'échéance anniversaire moyennant le respect d'un préavis de 2 mois, la résiliation prendra effet la veille de la date d'échéance.
- Conformément à l'article L.113-15-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent. L'Assureur sera tenu de rembourser, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, les éventuelles cotisations payées pour la période non assurée à compter de la résiliation. Dans le cas où le Gestionnaire reçoit une résiliation de la part d'un autre organisme assureur pour résilier l'adhésion en lieu et place de l'Adhérent, le Gestionnaire procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes réglementaires applicables, dans les mêmes conditions qu'énoncées ci-dessus.
- Conformément à l'article L141-4 du code des assurances en cas de modifications des garanties du Contrat proposées par l'Assureur et refusées par l'Adhérent.

Conformément à l'article L.113-14 du Code des assurances, la notification de résiliation peut notamment être effectuée, par lettre ou tout autre support durable tel que défini à l'article L221-1-3 du Code de la consommation, par déclaration faite au siège social du Gestionnaire par délégation de l'Assureur ou par acte extrajudiciaire.

La notification de résiliation peut également être adressée par voie électronique via la fonctionnalité « RESILIER MON ADHESION » disponible sur l'espace assuré de l'Adhérent.

La présente adhésion peut être résiliée par l'Assureur dans les cas suivants :

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée par le Gestionnaire au Souscripteur au moins deux (2) mois avant la date anniversaire de l'adhésion.
- Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, en cas de non-paiement des cotisations.
- Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent. La résiliation prend alors effet 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation par lettre recommandée.

Article 2.4 Cessation des garanties

Une fois admis au Contrat, l'Adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi et à la condition que les cotisations soient réglées.

L'adhésion au contrat cesse pour chaque Adhérent :

- Au 1^{er} janvier de l'année qui suit en cas de résiliation à l'échéance annuelle par le Souscripteur,
- 1 mois après la date de réception de la notification en cas de résiliation infra annuelle, dans les conditions de l'article « Résiliation »,
- À la date de résiliation du Contrat,
- À la date à laquelle il cesse d'être membre de l'Association, cette dernière devant en aviser l'Assureur dans un délai d'un (1) mois,
- S'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'Assureur,
- À la date à laquelle il cesse de bénéficier de son Régime obligatoire de protection sociale, dans les conditions prévues à l'article « Impayés » si les cotisations le concernant ne sont pas réglées),
- À la date à laquelle il cesse de répondre aux conditions d'adhésion.

Les garanties prennent fin pour chaque Adhérent et ses Ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les Ayants droit de l'Adhérent inscrits au Contrat :

SEYNA, SA au capital de 1.115.800,42 €, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis-Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

- Au dernier jour du mois au cours duquel la radiation d'un Ayant droit aura été demandée, **étant précisé que toute radiation d'un Ayant droit est définitive**,
- Pour son Conjoint, Partenaire de PACS ou Concubin, s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'Assureur,
- À la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues à l'article « Impayés »,
- À la date de cessation de l'adhésion au Contrat de l'Adhérent. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable en cas de décès de l'Adhérent, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant pouvant demander à acquérir la qualité d'Adhérent au Contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'Assureur dans les 2 mois suivant la date du décès de l'Adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- Pour le Conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
- Pour le Partenaire lié par un PACS : à la date de rupture du PACS,
- Pour le Concubin : à la date à laquelle cesse le Concubinage.
- Pour les Enfants à charge : dès qu'ils cessent de remplir les conditions définies à l'article 1.4 du Contrat. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.

Tous les soins effectués après les dates susvisées ne pourront donner lieu à aucune prise en charge par le présent Contrat.

Article 2.5 Nullité de l'adhésion

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances en cas de réticence, omission ou fausse intentionnelle de l'Adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'Assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'Adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Article 2.6 Renonciation de l'adhésion

En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat d'assurance conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances et à l'article L.112-9 du Code des assurances.

Ce délai commence à courir à compter du jour où le Certificat d'adhésion a été remis à l'Adhérent.

La renonciation à l'adhésion se fait par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : ACTUDATA, Service gestion, 205 Avenue Georges Clemenceau 92000 NANTERRE.

Pour exercer le droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

SEYNA, SA au capital de 1.115.800,42 €, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis-Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion réalisée le XX/XX/XXXX portant la référence n° au contrat SANTE INDIVIDUELLE FLEXISANTE souscrit par APST, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances (vente à distance) / L.112-9 du Code des assurances (démarchage à domicile).

La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.

Fait à, le XX/XX/XXXX,

Signature »

Article 2.7 Obligations de l'Adhérent

Article 2.7.1 Déclarations

L'Adhérent s'engage à répondre exactement aux questions de l'Assureur ou du Gestionnaire.

Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances, la réticence, omission ou fausse déclaration non intentionnelle de l'Adhérent, n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

L'adhérent s'engage également à déclarer au Gestionnaire dans un délai de trois mois tout changement de situation personnelle et professionnelle notamment : mariage, jugement définitif de divorce, rupture de PACS ou de concubinage, décès, naissance, retraite, cessation d'activité, perte d'emploi, changement de régime de sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires ou postales.

Article 2.7.2 Paiement des cotisations

L'Adhérent s'engage à régler au Gestionnaire les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au Chapitre 4.

A défaut du paiement des cotisations l'Assureur peut résilier le contrat selon les modalités énoncées au Chapitre 4.

Article 2.7.3 Cumul d'assurance

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'adhésion s'il dispose déjà d'une couverture de remboursement des frais de santé auprès d'un autre assureur conformément à l'article L121-4 du Code des assurances.

Article 2.7.4 Utilisation de la carte de Tiers payant

L'Adhérent s'engage, en cas de résiliation ou de perte de la qualité d'Assuré d'un de ses ayants-droit à ne plus utiliser la(les) carte(s) de tiers-payant qui lui ont été délivrées.

Il s'engage à la(les) restituer au Gestionnaire et le cas échéant à rembourser spontanément à l'Assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation de la(les) carte(s) de tiers-payant après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de l'Assureur.

L'Assureur se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

Article 2.8 Modification du Contrat

Les modifications convenues entre le Souscripteur et l'Assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'Assureur d'un avenant au Contrat.

L'Assureur remet de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information au Souscripteur au moins trois mois avant la prise d'effet des garanties. Les Adhérents disposent d'un délai d'un mois pour refuser les modifications.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Adhérent en lui remettant de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information ou un avenant à la précédente établie à cet effet par l'Assureur.

La preuve de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information à l'Adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Conformément aux dispositions de l'article L141-4 du Code des assurances, l'Adhérent peut, en raison des modifications effectuées, dénoncer son adhésion et celle de ses Ayants droit dans un délai d'un mois à compter de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information.

CHAPITRE 3 : GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 3.1 Formules

Le présent Contrat présente différentes formules de garanties qui sont indiquées dans le tableau des garanties joint aux présentes Conditions générales.

L'Adhérent ne peut choisir qu'une seule formule de garanties.

Les Ayants-droit affiliés bénéficient de la même formule de garanties que l'Adhérent.

Article 3.2 Renforts

En complément des formules de base, des renforts optionnels peuvent être choisis à l'adhésion par l'Adhérent ou en cours d'adhésion.

Ces renforts peuvent être cumulés. Les renforts modifient le niveau de garantie du contrat.

Les ayants-droit bénéficient également du(des) renfort(s) choisi(s) par l'Adhérent.

Aucun renfort ne peut être souscrit quand la formule de base est la formule Hospitalisation.

Article 3.3 Description des garanties

Les garanties du présent Contrat ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais supportés par l'Assuré suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité à compter de son affiliation au Contrat.

Les garanties sont exprimées en Base de Remboursement de la sécurité sociale (BRSS) ou en euros.

Les remboursements sont réalisés sous déduction des prestations en nature de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie choisi lors de l'adhésion par l'Adhérent et notamment de la formule et du(des) renfort(s) choisi(s).

Les garanties assurées et les niveaux des remboursements associés sont indiqués dans le tableau de garanties figurant au Certificat d'adhésion.

Ce dernier indique les conditions, modalités, montants et plafonds de prise en charge des frais.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés et conditionnés par la mention de la garantie au Certificat d'adhésion de l'Adhérent.

Après deux ans ou trois ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations peuvent faire l'objet d'un « *bonus fidélité* » selon les modalités prévues au sein du tableau de garanties.

Article 3.3.1 Le poste hospitalisation chirurgicale – médicale - maternité

Le poste hospitalisation médicale – chirurgicale - maternité permet la prise en charge des frais durant l'hospitalisation dans la limite du montant prévu au tableau de garanties.

Conventionné/ Non conventionné :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour un séjour dans un établissement de soins conventionné et non conventionné.

Honoraires DPTAM / NON DPTAM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais de consultation effectuées avec un médecin adhérent au dispositif DPTAM et non adhérent au dispositif DPTAM.

Chambre particulière (y compris ambulatoire) :

Sont pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation (y compris en ambulatoire) les frais relatifs à l'octroi d'une chambre particulière dans la limite prévue au tableau de garanties.

La garantie est limitée à 30 jours par an.

Lit accompagnement :

La garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et en euros en cas d'hospitalisation de l'Assuré pour couvrir les frais d'accompagnant.

L'accompagnant désigne les ascendants, descendants ou collatéraux.

La garantie est limitée à 30 jours par an par Assuré.

Forfait journalier hospitalier :

Il est pris en charge sans limitation de durée aux frais réels.

Forfait patient urgence :

Il est pris en charge aux frais réels en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Frais de transport hospitalisation :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties les frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale relatifs à une hospitalisation.

Article 3.3.2 Le poste soins courants

Honoraires médicaux généralistes DPTAM / NON DPTAM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de consultations et de visites auprès de médecins généralistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM).

Honoraires médicaux spécialistes DPTAM / NON DPTAM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de consultations et de visites auprès de médecins spécialistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM)

Actes techniques médicaux DPTAM/NON DPTAM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de la dispense d'actes techniques par un médecin adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM).

Actes d'imagerie et d'échographie DPTAM / NON DPTAM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de la dispense d'actes d'imagerie et d'échographie par un médecin adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM).

Honoraires paramédicaux :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre d'un recours à des auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale.

Médicaments pris en charge par la sécurité sociale :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de l'achat de Médicaments ou d'honoraires de dispensation pris en charge par l'assurance maladie (y compris à l'étranger).

Médicaments non pris en charge par la sécurité sociale

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de l'achat de Médicaments ou d'honoraires de dispensation non pris en charge par l'assurance maladie.

Vaccins pris en charge par l'AM :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour l'achat de vaccins pris en charge par l'assurance maladie.

Analyses et examens de laboratoire :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre d'analyses et examens de laboratoire.

Matériel médical :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de l'achat de matériel médical.

Frais de transport hors hospitalisation :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour le transport médical hors hospitalisation remboursés par la Sécurité sociale.

Médecines naturelles :

Sont pris en charge dans la limite d'un forfait global annuel en euros prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre des consultations de médecines douces suivantes :

Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Naturopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Micro-kinésithérapeute, Podologue, Sophrologue, Luminothérapie, Hypnothérapeute.

Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale :

Sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale les frais engagés par l'assuré pour tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale.

Cures thermales

Sont pris en charge à hauteur de 100% de la Base de remboursement de la sécurité sociale les frais engagés par l'assuré pour des cures thermales : frais de surveillance pris en charge par l'AM.

Pour le Pack "Bien-être", sont pris en charge à hauteur d'un forfait annuel le transport et l'hébergement thermal.

Vaccins non pris en charge par l'AM

Pour le pack bien-être, sont pris en charge dans la limite d'un forfait global annuel en euros les frais engagés par l'assuré pour les vaccins suivants : Grippe A, Hépatite A, Typhoïde et fièvre jaune.

Séance de psychologue

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties les séances de psychologue pris en charge par la Sécurité sociale non relatifs à une hospitalisation.

Article 3.3.3 Le poste dentaire

Un plafond global annuel (hors 100% santé et orthodontie) s'applique pour les formules suivantes :

- Niveau éco
- Niveau 1 à 7

Le montant total de l'indemnisation ne peut dépasser les plafonds indiqués dans le tableau de garanties au Certificat d'adhésion.

Sont pris en charge dans la limite de la garantie indiquée :

- Les soins conservateurs ;
- Les soins d'endodontie et prophylaxie bucco-dentaire ;
- Les soins de parodontologie ;
- Les prothèses 100 % santé : Prothèses fixes, amovibles, inlays core ;
- L'orthodontie
- L'implantologie
- Les prothèses à tarifs maîtrisés limites à 100% PLV et à tarifs libres : Prothèses fixes (couronnes et bridges), prothèses amovibles, couronnes provisoires, prothèses Inlays core, prothèses Inlays / Onlays, couronne sur implant (acte à tarif libre).

Article 3.3.4 Le poste optique

Equipements 100 % santé :

Pour les équipements 100% santé, l'Assureur rembourse intégralement les montures, verres, suppléments et prestations optique dans la limite du remboursement de la Sécurité sociale.

Équipements à tarifs libres :

Un plafond de remboursement s'applique pour les montures.

Les remboursements sont différenciés en fonction de la correction des verres : équipement simple,, équipement complexe, équipement très complexe, équipement avec un verre simple et 1 verre complexe, équipement avec un verre simple et un verre très complexe et équipement avec un verre complexe et un verre très complexe.

Lentilles de contact :

Sont prises en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour l'achat de lentilles prises en charge ou non par l'assurance maladie.

Au-delà du plafond de remboursement tableau de garantie, la prise en charge est limitée au TM pour les lentilles remboursées par l'assurance maladie.

Chirurgie réfractive de l'œil :

Sont pris en charge dans la limite en euros par œil et par an prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'assuré pour une chirurgie réfractive.

Article 3.3.5 Le poste aides auditives

Equipements 100% Santé :

Pour les aides auditives relevant du dispositif 100% santé, l'Assureur rembourse intégralement les frais engagés par l'assuré dans la limite du remboursement de la Sécurité sociale.

Équipements à tarifs libres :

Sont pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour l'achat d'aides auditives.

Le montant de prise en charge est calculé par oreille.

- **Entretien piles et accessoires :**

Sont pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau des garanties les frais engagés par l'Assuré pour l'entretien, l'achat de piles et accessoires pour ses aides auditives.

Article 3.4 Exclusions

Sont exclus des garanties et ne donnent pas lieu à prestations sauf mentions contraires au Certificat d'adhésion :

Actes non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie

Sont exclus des remboursements accordés par l'Assureur les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception toutefois :

- **Des actes spécifiques mentionnés à l'article 1.8 « le Contrat est-il responsable ? »,**
- **Des actes mentionnés dans le Tableau des garanties (ex : médecine additionnelle et de prévention)**

Ne donnent pas lieu à Garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres non pris en charge par le Régime obligatoire, résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, thalassothérapie et tous soins non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Assureur, les actes hors Nomenclature.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

L'ensemble des soins réalisés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à la prise en charge de la part de l'Assureur.

Séjours en milieu hospitalier

Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Assureur, les séjours en maison de retraite, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Cas particulier des produits achetés via internet et des produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie achetés à l'étranger

Ne sont pas pris en charge par l'Assureur :

- **Les produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie français et achetés à l'étranger ;**
- **Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :**
 - **Les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site ;**
 - **Les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.**

Article 3.5 Règlement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions de l'article « prescription », être présentées au Gestionnaire dans un délai maximum de deux ans suivant les soins ou la date de la facture d'Hospitalisation.

Les prestations dues par l'Assureur au titre du Contrat sont payables en France et en euros. Elles seront versées dans un délai de 15 jour ouvré suivant la date de réception par le Gestionnaire des pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

Les prestations versées en application du présent Contrat à l'Assuré ne peuvent excéder le montant des frais réels mis à la charge de ce dernier après les remboursements de toute nature qu'il aurait perçus de l'Assurance Maladie Obligatoire, ou de tout autre contrat auxquels il a droit.

3.5.2 Pièces justificatives

Sauf dans le cas de télétransmission par le Régime Obligatoire de protection sociale dont relève l'Adhérent, du décompte de ses prestations, le remboursement via le Gestionnaire intervient sur présentation :

- Des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale,
- D'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est notamment précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du Contrat, le remboursement de l'Assureur est subordonné à la présentation au Gestionnaire de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, dont les prescriptions médicales le cas échéant.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, le remboursement de l'Assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- D'un devis préalable au traitement,
- Et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

En ce qui concerne le remboursement des actes ou frais indiqués ci-dessous non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale de médecine additionnel et préventive l'intervention de l'Assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes [nom, prénom, lieu d'exercice, adresse professionnelle], son numéro d'enregistrement au répertoire ADELI, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

3.5.3 Contrôle médical

L'Assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justificatifs qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'Assureur sous pli confidentiel.

L'Assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'Assureur dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, d'optique, d'Hospitalisation et aides auditives.

Lors de ces contrôles ou expertises, la Personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si une Personne assurée refuse de transmettre les justificatifs réclamés ou de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'Assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la Personne assurée devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal judiciaire de la résidence de la Personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'Adhérent ou Ayant droit, au titre du Contrat.

Article 3.6 Subrogation

En application de l'article L.131-2 du Code des assurances, l'Assureur peut être subrogé dans les droits et actions de l'Assuré contre le tiers responsable pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au présent Contrat.

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droits assurés sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un Accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'Assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droits assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent impérativement en informer l'Assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés sont victimes d'un Accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), ils doivent, sous peine de déchéance,

déclarer à l'Organisme assureur de l'auteur de l'Accident qui le sollicite, le nom de leur assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'Assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au Contrat responsable, compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la Personne assurée.

CHAPITRE 4 : COTISATIONS

Article 4.1 Montant des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction :

- De la formule de garanties choisi ;
- Du(des) éventuel(s) renfort(s) optionnels choisi(s) ;
- De l'âge atteint par l'Assuré ;
- De la zone géographique de résidence de l'Adhérent ;
- Des ayants-droit affiliés au Contrat.

Elles sont fixées en euros par année pour chaque Adulte et pour chaque Enfant à charge assuré(s) sur le Contrat.

Les garanties sont accordées à l'Adhérent sans contrepartie de cotisation à partir du 3^{ème} Enfant à charge âgé de moins de 18 ans et ses Enfants à charge suivants inscrits au certificat d'adhésion.

Article 4.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par l'Adhérent par prélèvement automatique réalisé par le Gestionnaire du Contrat.

La première année d'adhésion, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1^{er} jour de l'adhésion et l'échéance suivante.

La cotisation cesse d'être due à la date de cessation de l'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation.

L'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations.

Article 4.3 Impayés

En application de l'article L.141-3 du Code des assurances : « *Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.*

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

À compter du jour où il a connaissance d'une majoration du montant de sa cotisation, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au Contrat dans un délai de trente (30) jours en adressant au Gestionnaire une lettre ou un courrier électronique. La résiliation prendra effet un (1) mois après la date d'expédition ou de remise de la notification. Toutefois, si ce délai d'un (1) mois expire au cours du 4^{ème} trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra alors effective au 31 décembre de l'exercice civil considéré, à vingt-quatre (24) heures.

Article 4.3 Evolution des cotisations

Le montant des cotisations peut évoluer chaque année à la date anniversaire de l'adhésion afin de tenir notamment compte des résultats techniques du Contrat d'assurance ainsi que l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

L'Assureur pourra également faire évoluer le montant des cotisations en cas d'évolution réglementaire ou d'évolution des bases de remboursement de la Sécurité sociale ou de déremboursement de la Sécurité sociale sur certains actes.

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

Article 5.1 Réclamations

Après avoir pris contact avec son interlocuteur habituel, les Assurés peuvent adresser toute réclamation, telle que définie au lexique dans le Chapitre 6, au service Qualité du Gestionnaire :

- Par courrier à l'adresse postale suivante : ACTUDATA, Service Réclamations, 205 Avenue Georges Clemenceau 92000 NANTERRE
- Par email à l'adresse : reclamations@actudata.fr
- Ou directement en ligne : 01.85.11.05.81

Un accusé réception de la réclamation sera adressé dans un délai de dix (10) jours. Le Gestionnaire disposera d'un délai de deux (2) mois pour répondre à la réclamation à compter de son envoi.

En l'absence de réponse dans le délai susvisé ou si la réponse apportée ne satisfait pas l'Assuré et après épuisement des voies de recours internes auprès du Gestionnaire et/ou de l'Assureur, il peut saisir gratuitement le médiateur de l'Assureur :

- Par courrier à l'adresse postale suivante :

LA MEDIATION DE L'ASSURANCE
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

- Directement en ligne via le formulaire disponible sur :

<https://www.mediation-assurance.org/>

En cas de désaccord persistant, le recours en justice de l'Assuré reste possible auprès des juridictions compétentes.

Article 5.2 Prescription

Toute action dérivant du Contrat d'assurance et de l'adhésion est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code : "Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 (Deux) ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. 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 l'Assureur 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".

Article L114-2 du Code : "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 de l'action 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 cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité".

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, visées aux Articles 2240 à 2246 du Code civil, sont l'assignation en justice, même en référé, le commandement ou la saisie, de même que la reconnaissance par une partie du droit de l'autre partie.

Article L.114-3 du Code : "Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci".

Article 5.3 Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Assureur et son Gestionnaire s'engagent à respecter la réglementation internationale, européenne et nationale en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'Assureur et son Gestionnaire par délégation, ne sont pas réputés fournir une garantie et ni tenus de payer des indemnités ou de fournir des prestations ou services en découlant si la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle indemnité ou la fourniture de ces prestations ou services exposeraient l'Assureur et son Gestionnaire à une sanction, une interdiction ou une restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques ou commerciales, ou des lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

Article 5.4 Protection des données personnelles

L'Adhérent est expressément informé que ses données personnelles sont traitées par l'Assureur et le Gestionnaire aux fins d'exécution des garanties souscrits. L'Assureur et le Gestionnaire agissent en qualité de responsables conjoints de traitement au sens du Règlement européen de protection des données personnelles.

A ce titre, l'Assureur et le Gestionnaire sont amenés à traiter des données d'identification, le NIR, des données relatives à la gestion du contrat d'assurance et des données relatives aux, aux Sinistres. Ces données sont traitées aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des garanties, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, la gestion des réclamations, des Sinistres, du précontentieux, du contentieux et de la défense de ses droits ainsi que la mise en œuvre des obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion et la mise en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance. Les bases légales fondant les traitements réalisés sont l'exécution du contrat d'assurance, l'intérêt légitime poursuivi par l'Assureur à prévenir une fraude et à la traiter ou le respect d'obligations légales. De manière générale, les données personnelles sont conservées le temps nécessaire à l'accomplissement des objectifs poursuivis. En tout état de cause, les données de l'Adhérent sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance augmentée d'une durée de 5 ans.

Ces informations sont destinées exclusivement à l'Assureur et au Gestionnaire (et leurs mandataires) pour les besoins de l'exécution des garanties. Elles peuvent également être divulguées à tout organisme public ou privé aux fins de se conformer à des obligations légales. L'Assureur peut également avoir recours à des sous-traitants afin de leur confier tout ou partie des traitements.

Le Gestionnaire s'est vu confier la gestion du Contrat d'assurance et est à ce titre le point de contact privilégié de l'Adhérent pour toute question ou demande.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation, de portabilité et d'effacement des informations le concernant. L'Adhérent dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente.

L'Adhérent est invité à exercer ses droits en contactant le Gestionnaire à l'adresse email suivante : michael.djahi@actudata.fr

L'Assureur et le Gestionnaire s'engagent à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer un bon niveau de protection et de sécurité des données traitées et notamment à respecter les dispositions prévues par le code de bonne conduite annexé à la convention AERAS concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé et s'attache à garantir à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses données à caractère personnel.

Pour plus d'informations concernant les traitements de données personnelles réalisés par l'Assureur, l'Adhérent est invité à consulter la Politique de confidentialité de l'Assureur disponible sur demande auprès de dpo@seyna.eu.

Les conversations téléphoniques entre l'Adhérent et le Gestionnaire sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des Sinistres. Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion et des Sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par la législation et les autorisations obtenues auprès de la CNIL, aux filiales et sous-traitants du Gestionnaire.

L'Adhérent a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en se rendant sur le site www.bloctel.gouv

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 place de Fontenoy – TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07

CHAPITRE 6 : LEXIQUE ET TERMINOLOGIE

Accident : atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assurance maladie obligatoire, Régime obligatoire ou Régime de la Sécurité sociale : désigne le régime obligatoire français auquel est rattaché l'Assuré couvrant tout ou partie des dépenses liées à la Maladie, à la Maternité et aux Accidents.

Base de remboursement (BR) : C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Certificat d'adhésion : il vaut adhésion au Contrat cadre et précise les conditions particulières de souscription de l'Adhérent notamment son niveau de garanties et le montant de ses cotisations. Est jointe au Certificat d'adhésion et fait pleinement partie de l'adhésion la présente notice d'information.

Chirurgie réfractive : Désigne les différentes techniques chirurgicales (telle notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

Concubinage : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec l'Adhérent, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- L'Adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS),
- Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et celui de son concubin est adressée à l'Organisme assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'Adhérent sera pris en considération. A défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

En cas de mariage de l'Adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'Adhérent, le concubin n'est plus considéré comme Ayant droit.

L'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un Organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

Conjoint : Personne mariée avec l'Adhérent non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle.

Conventionné /non conventionné : Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

À compter de 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires sera plafonné. Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter ces tarifs plafonds. Il en sera de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leurs facturations prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2/ Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Devis : Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

DISPOSITIFS DE PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES (DPTAM/DTAM-CO) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM et DPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. Un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est également introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Enfant à charge : Les enfants de l'Adhérent, de son Conjoint, de son Concubin ou de ses Partenaires âgés de moins de 18 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement ;

- Sont assimilés aux enfants de plus de 18 ans
 - Les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité ;
 - Les enfants de moins de 28 ans qui sont engagés au Service Civique tel que créé par la loi n°2010-241 du 10 mars 2010 et l'article L111-2 du Code du Service national et peuvent en justifier par un certificat ;

- Les enfants de moins de 28 ans, demandeurs d'emploi percevant une allocation inférieure à 55% du SMIC pouvant en justifier par une notification de POLE EMPLOI, à défaut une attestation sur l'honneur des parents précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité) ;
- Les enfants de moins de 28 ans qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation ou en contrat de formation en alternance et qui perçoivent une rémunération inférieure au SMIC ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage, de formation ou d'alternance ainsi que les trois derniers bulletins de salaire ;
- les enfants handicapés rattachés au foyer fiscal du membre participant atteints d'une incapacité permanente, reconnue au sens de l'article 169 du Code de la famille et de l'aide sociale, suite à une infirmité ou une maladie incurable.

Hospitalisation : désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une Maladie, d'un Accident ou d'une Maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

Implantologie dentaire : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

Inlays et onlays : Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

Pacte civil de solidarité – PACS : Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

Panier 100% santé : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens,

SEYNA, SA au capital de 1.115.800,42 €, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis-Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre «100% Santé ». Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers «100% Santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier «100% Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier «100 % Santé », de leur présenter également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur soumettre une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Parcours de soins coordonnés : C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Bien que n'ayant préalablement pas consulté son médecin traitant, une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins, qu'elle se trouve dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Personnes assurées : L'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants droits inscrits au contrat.

Prix Limite de Vente (PLV) : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

Réclamation : En application de la recommandation ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.

Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur (TM) : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'1 € ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (Maladie, Maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire d'1€, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Tiers payant : Système de paiement qui évite à l'Adhérent de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou l'Organisme assureur pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Travailleur non salarié (TNS) : désigne l'indépendant affilié à la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI) en santé.

Travailleur non salarié (TNS) : désigne l'indépendant affilié à la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI) en santé.