

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT ÉQUILIBRE SANTÉ

VALANT DE NOTE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Il a été conclu entre l'association GIRPE (Groupement Interprofessionnel de Retraite et de Prévoyance en Entreprise), association loi 1901, située 1 rue Bourbon, 86100 CHATELLERAULT, dont l'objet social est de mener, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ses derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans les conditions prévues par ces statuts, afin de contribuer au bien être et au développement moral et physique de ses membres ; un contrat groupe à adhésion facultative avec SMAM MUTUELLE, dont la distribution a été confiée à SMAM COURTAGE, sise CHATELLERAULT, 86100, 7 Rue St Jacques, SAS de courtage au capital de 400 000 Euros enregistrée au registre du commerce et des sociétés, n° B 391 897 261, immatriculée à l'ORIAS, sous le n° 07 019 267 : www.orias.fr.

L'association a pour objet de rassembler des personnes, groupe de personnes, entreprises et groupes d'entreprises, désireux de s'unir afin de rechercher et d'obtenir aux meilleures conditions des contrats d'assurances et de faciliter leurs souscriptions ; et mettre à disposition de ses adhérents des conditions d'achat privilégiées de services et de biens en rapport avec l'objet social.

Le présent contrat dénommé « EQUILIBRE SANTE », est un produit élaboré dans le respect de ses statuts et de son règlement mutualiste par SMAM MUTUELLE, pouvant être dénommée ci-après « La Mutuelle », sise LA ROCHELLE, 17 000, 45-49 Avenue Jean Moulin, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 781 337 266.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association GIRPE.

Ce contrat est soumis au droit français et régit par le code de la Mutualité ou de la Sécurité Sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du code des assurances, ainsi que par les statuts de la Mutuelle, les présentes conditions générales, et les certificats d'adhésion remis aux adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association GIRPE, est l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif au contrat d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit « contrats responsables » issus de l'article 57 de la loi n° 2004 810 du 13 Août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant « les contrats responsables », qui pourraient intervenir ultérieurement.

* ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

1-1 Le contrat « EQUILIBRE SANTE » a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'Option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par la Sécurité Sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat.

1-2 Le contrat « EQUILIBRE SANTE » offre le choix entre quatre options (100Plus, 125Plus, 150Plus, 200Plus) dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de l'annexe I qui fait partie intégrante des conditions générales du présent contrat.

1-3 La validité des garanties et dispositions du contrat « EQUILIBRE SANTE » s'exerce, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'Outre-Mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale dont dépend l'assuré.

1-4 Le contrat « EQUILIBRE SANTE » est adossé en inclusion, conformément à l'article L 221-3 du code de la Mutualité :

- d'une garantie « Individuelle Accident » en cas de décès accidentel des adhérents de plus de 66 ans souscrite auprès de la Compagnie d'Assurances ALBINGIA, S.A au capital de 34 708 448,72 €, RCS NANTERRE 429369309, entreprise régie par le code des Assurances, 109 rue Victor Hugo - 92300 LEVALLOIS PERRET, référencée sous le N° 00 10 60404.
- d'une garantie « INVALIDITE PERMANENTE PAR ACCIDENT » et « d'aide à la vie quotidienne » pour les adhérents de plus de 66 ans souscrite auprès de la Compagnie d'Assurances AIG Europe, S.A au Capital de 25 000 000 €, RCS NANTERRE B 55212879500135, entreprise régie par le code des Assurances, Tour AIG 92079, PARIS LA DEFENSE 2 Cedex, référencée sous le N° 4.090.416.
- d'une garantie assistance et d'une protection juridique médicale souscrites auprès de GARANTIE ASSISTANCE, SAS capital de 18 500 000 Euros société régie par le code des assurances, 38 rue de la Bruyère, 75009 PARIS, référencée sous le n° 1673 pour les résidents en France métropolitaine et n° 1674 pour les résidents

des départements d'Outre-Mer.

- d'une garantie exonération pour les adhérents de moins de 65 ans « garantie perte d'emploi » souscrite auprès de la société AVANTAGES (société de gestion et de courtage d'assurance et de ré-assurance) au capital de 152 000 Euros (RCI MONACO 93502898), sise 2 rue de la Lujerneta, MONACO ,98000 et enregistrée sous le n° 8 425 301 auprès de la compagnie d'assurance COVEA FLEET, SA à directeur et conseil de surveillance au capital de 72 762 189 Euros, 160 rue Henri Champion, 72 100 LE MANS, RCS B342 815 339, régie par le code des assurances.

Pour ces dernières garanties, une notice d'information valant conditions générales, dont l'information a été portée à la connaissance de l'assuré lors de la souscription, est adressée avec le certificat d'adhésion.

1-5 Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en Euro.

* ARTICLE 2 : ADHESION

2-1 Hormis l'appartenance à la Sécurité Sociale, et sous réserve des limites d'âge définies à l'article 4, aucune condition n'est requise pour adhérer au présent contrat.

2-2 L'adhésion s'effectue au moyen d'un « Bulletin d'Adhésion » sur lequel avec l'adresse du souscripteur, doivent figurer l'état civil, la profession, le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro d'immatriculation de l'assuré et de chacun des bénéficiaires désignés.

La date d'adhésion souhaitée, l'option choisie ainsi que la fréquence et le mode de paiement des cotisations qui s'y rattachent, y sont également désignés.

2-3 Sauf dans le cadre d'une vente à distance et à une demande expresse de l'assuré à être garanti immédiatement, il est rappelé que toute régularisation d'autorisation de prélèvement, ou toute demande d'acompte n'est exécutable qu'après expiration du délai de renonciation prévu à l'article L 121-26 du code de la Consommation.

* ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

Sous réserve des limites d'âge visées à l'article 4, l'Assuré souscripteur peut désigner comme bénéficiaire(s) des garanties de son contrat, son conjoint ou concubin, comme la personne avec laquelle il est « pacsé », ainsi que les enfants à charge de moins de 21 ans au sens de la Sécurité Sociale.

Les enfants ayants droit ne peuvent adhérer seuls, et sont obligatoirement rattachés à l'adhérent principal ou à son conjoint pour le bénéfice des garanties.

* ARTICLE 4 : LIMITES D'AGE A L'ADHESION

Les adhésions peuvent être souscrites avant que l'assuré ait atteint 65 ans pour les options 100Plus, 125Plus, 150Plus, 200Plus.

Passé cette limite d'âge, l'assuré ne peut prétendre qu'à la souscription d'une option prévue dans les contrats EQUILIBRE SANTE des plus de 66 ans et pour les options 100Plus, 125Plus, 150Plus, INITIAL et SECURITE SANTE ou VITATONIC SANTE.

Toutefois, l'assuré qui a souscrit avant 65 ans peut conserver à vie l'option retenue initialement à la souscription.

* ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

5-1 La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour du mois en cours, si elle est réceptionnée au plus tard le 15 du mois et reportée au 1^{er} du mois suivant passé ce délai. La date valant la date de souscription et celle qui sera prise en compte au décompte du délai de renonciation, est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

5-2 Une adhésion en cours de mois, avec prise d'effet immédiate, est assortie du paiement intégral de la cotisation mensuelle. Sa date d'effet sera par conséquent fixée rétroactivement au premier jour du mois concerné, en sorte que les garanties, sous réserve toutefois des dispositions de l'article 12, entreront en vigueur le même jour, pour des soins bien évidemment prescrits à partir de cette même date.

5-3 En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne donneront donc pas lieu à un quelconque remboursement.

La garantie est toutefois acquise pour tout évènement accidentel, soudain et imprévisible survenu entre la date de souscription et la date d'effet du contrat dès lors qu'il peut être justifié d'une absence de couverture dans la période concernée.

5-4 D'une manière générale, les garanties entrent en vigueur à partir de la date d'effet de l'adhésion, telle que figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 12 et les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement.

* ARTICLE 6 : DUREE DE L'ADHESION – MODIFICATIONS

6-1 Les dispositions de cet article 6 reposent sur le fait qu'en matière de gestion, l'échéance principale du contrat « EQUILIBRE SANTE » est fixée au premier janvier de chaque année.

6-2 Le contrat « EQUILIBRE SANTE » est souscrit pour une première période d'assurance minimum du nombre de mois restant à courir à compter de la date d'effet jusqu'au 1^{er} Janvier, et pour les douze mois qui suivent sans que l'assuré puisse faire valoir ses droits à résiliation.

6-3 Pendant la première période d'assurance, c'est-à-dire au cours minimum des douze premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion, l'assuré ne peut ni changer d'option, ni demander aucune réduction, augmentation ou extension de ses garanties sauf dans le cas d'un changement de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par la mutuelle. Dès que la Mutuelle a connaissance d'un évènement, la modification du contrat est effectuée, soit pour l'extension des garanties au bénéfice d'enfants nouveaux-nés, soit par la réduction de la cotisation, consécutivement au décès d'un bénéficiaire, ou par le changement de domicile.

6-4 Au renouvellement du contrat d'assurance, l'assuré peut faire procéder à toute modification de son contrat :

- après un an minimum de souscription : au 1^{er} janvier de chaque année,

- en cours d'année aux motifs suivants :

- > changement de situation matrimoniale et familiale ;
- > changement de régime matrimonial ;
- > retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- > changement de situation professionnelle ou de profession.

Ces modifications doivent faire l'objet d'une demande écrite accompagnée des justificatifs au moins un mois avant l'évènement.

6-5 Tout assuré ayant atteint l'âge de soixante quinze ans dans le niveau de 125 et de 65 ans dans le niveau 150 ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de ses garanties.

* ARTICLE 7 : DROIT DE RENONCIATION

7-1 Dans le cadre de la pratique du démarchage à domicile :

L'adhérent a la possibilité, dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature de l'adhésion, de renoncer à sa souscription en adressant une lettre recommandée à SMAM COURTAGE, mandataire de l'association GIRPE, demandant à bénéficier de l'application du présent article et ce, en conformité aux articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25, L. 121-26 du code de la Consommation. Si ce délai ci-avant désigné expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Code de la Consommation :

Article L. 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25.

Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

« Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client ».

Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L121-26 (Loi n° 95-96 du 1^{er} février 1995 art. 8 Journal Officiel du 2 février 1995)

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir. En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

7-2 Dans le cadre de la pratique de la vente à distance:

- L'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et des articles L 121-20-8 à L 121-20-15 du code de la consommation), l'adhérent demande expressément l'exécution immédiate et intégrale du contrat à compter de sa conclusion.

- L'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à partir de la réception de ses documents contractuels.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à SMAM Courtage, 7 rue Saint Jacques 86100 Châtelleraut. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les dispositions générales valant notice d'information.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.

- En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :

- > Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours
- > Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Article L121-20-8

La présente sous-section régit la fourniture de services financiers à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat.

Elle s'applique aux services mentionnés aux livres I^{er} à III et au titre V du livre V du code monétaire et financier ainsi que les opérations pratiquées par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité et par les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sans préjudice des dispositions spécifiques prévues par ces codes.

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION :

Articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, L 121-26 du code de la Consommation, Article L 121-20-12 du code de la Consommation

Conditions : Compléter et signer ce formulaire en pied de la demande d'adhésion, l'envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant au dos du formulaire et l'expédier au plus tard le 7^{ème} jour ou le 14^{ème} jour à partir du jour de la signature de la demande d'adhésion ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le 1^{er} jour ouvrable suivant.

Démarchage à domicile (délai de 7 jours) :

Je soussigné(e) : Nom _____

Prénom _____

Déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

Nature du contrat souscrit : _____

Date de signature de la demande d'adhésion : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Le _____

Signature de l'adhérent :

Vente à distance (délai de 14 jours) :

Je soussigné(e) :

Nom _____

Prénom _____

Déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

Nature du contrat souscrit : _____

Date de signature de la demande d'adhésion : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Si des cotisations ont été perçues :

- Je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Le _____

Signature de l'adhérent :

* ARTICLE 8 : RÉSILIATION

8-1 Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, nonobstant l'article 11-5 des présentes conditions générales, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat.

8-2 Le contrat collectif à adhésion facultative dénommé à l'article 1 n'entre pas dans le champ d'application de la Loi Chatel n° 2005-67 du 28 Janvier 2005, et la résiliation du contrat doit être demandée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à SMAM COURTAGE au plus tard le 31 Octobre, soit deux mois avant l'échéance annuelle fixée au 1^{er} Janvier de chaque année, et après un minimum de douze mois de souscription.

8-3 Faculté de résiliation en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- décès,
- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle .

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. SMAM COURTAGE rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion pour cause de décès de l'adhérent, les cotisations échues et à échoir du mois dans lequel le décès a eu lieu sont de plein droit exigibles dans leur intégralité. La résiliation en cas de décès prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement.

L'assuré retourne à SMAM COURTAGE sa carte mutualiste de tiers payant en cours de validité.

L'augmentation annuelle des cotisations et l'ajustement en fonction de l'âge de l'assuré ne constituent pas un motif de résiliation.

8-4 Conséquence des résiliations sur le droit aux prestations :

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation.

Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non paiement est redevable envers la SMAM d'une dette de quelque nature que ce soit, la SMAM est habilitée de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

* ARTICLE 9 : CERTIFICAT D'ADHESION - TABLEAU DES GARANTIES - TIERS PAYANT

9-1 Dans les 15 jours maximum qui suivent la réception de son adhésion, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues, et passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son « Certificat d'Adhésion » porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente et, en annexe, le « tableau de ses garanties », ainsi que sa « carte de tiers payant ».

9-2 Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s) les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties.

9-3 Les accords de « tiers payant » entre SMAM MUTUELLE et certains professionnels de la santé, sur le territoire national et départements d'Outre-Mer, sont subordonnés aux éventuels accords locaux.

9-4 Sous peine de poursuites, l'usage de la carte de tiers payant n'est acquis aux assurés que s'ils sont à jour de leurs cotisations à la date d'utilisation de la carte.

* ARTICLE 10 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE

10-1 Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, SMAM COURTAGE ou la Mutuelle se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

10-2 En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement SMAM COURTAGE, par courrier, par courrier électronique, par télécopie -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

10-3 L'assuré qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties, s'engage à restituer immédiatement à SMAM COURTAGE sa « carte de tiers payant » en cours de validité.

* ARTICLE 11 : COTISATIONS

11-1 Détermination des cotisations

11-1-1 Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat. Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

11-1-2 Dans le cadre d'une adhésion comportant la garantie d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent principal ou de son conjoint, il n'est pas perçu de cotisation enfant à partir du 3^{ème}.

11-1-3 Après leur 20^{ème} anniversaire, les enfants immatriculés ou non sont réputés perdre la qualité « d'enfant » qui pouvait donner droit à la réduction ou à la gratuité de leur cotisation et/ou de celle(s) de leur(s) cadet(s).

11-2 Ajustement des cotisations

Chaque 1^{er} janvier, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

11-3 Augmentation des cotisations

A effet de chaque 1^{er} janvier, et en application des décisions de l'Assemblée Générale de SMAM MUTUELLE, les cotisations du contrat « EQUILIBRE SANTE » peuvent subir une augmentation en fonction de ses « résultats techniques » fondés sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. L'augmentation des cotisations du contrat « EQUILIBRE SANTE » qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des Régimes Obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année. En cas de modification des remboursements du ou des Régimes Obligatoires, SMAM MUTUELLE se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

11-4 Paiement et fractionnement des cotisations

11-4-1 Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année civile l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L 111-1 du code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou la Mutuelle pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L 221-3 du code de la Mutualité.

A ces cotisations s'ajoutent :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les cotisations statutaires associatives,
- Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

11-4-2 Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au Siège de SMAM COURTAGÉ, par mandat, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente dite « face à face » ou d'une vente à distance si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat à compter de sa conclusion.

Dans le cas d'une vente à domicile, il est rappelé que toute régularisation d'autorisation de prélèvement ou toute demande d'acompte n'est exécutable qu'après expiration du délai de renonciation prévu à l'article L 121-26 du code de la Consommation.

Dans tous les cas, SMAM COURTAGÉ s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont exclusivement payables d'avance par prélèvement bancaire au 5 ou au 10 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations.

11-4-3 Pour un effet au 1^{er} du mois en cours, les dossiers reçus et enregistrés avant le 10 si l'assuré opte pour un fractionnement mensuel, la 1^{ère} fraction de cotisation y compris les frais de dossier seront prélevés à l'issue du délai légal de rétractation dans le mois concerné.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1^{ère} fraction de cotisation, ce dernier s'effectuera le mois qui suit dans les conditions suivantes :

- L'assuré a opté à un prélèvement au 5 : la 1^{ère} fraction de cotisation correspond aux deux premiers mois et les frais de dossiers seront prélevés à cette date,
- L'assuré a opté à un prélèvement au 10 : le 1^{er} mois de cotisation et les frais de dossier seront prélevés au 5 suivi d'un 2^{ème} prélèvement au 10 correspondant à la cotisation du mois en cours.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité civile.

11-5 Défaut de paiement des cotisations

Dans les conditions générales définies à l'article L.221-8 du code de la mutualité et à l'article L113-3 du code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré principal du contrat.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les Assureurs peuvent résilier les contrats dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat.

En cas de suspension, la remise en vigueur des garanties s'effectuera le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tous droits aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 € pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré,
- 15 € en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.
- Une clause pénale égale à 20% des cotisations à recouvrer.

Dans tous les cas, SMAM MUTUELLE ne lèvera pas auprès de la Sécurité Sociale le droit à la télétransmission « Noémie » en lieu et place d'un autre organisme tant que les cotisations ayant fait l'objet de poursuites ne seront pas régularisées.

*** ARTICLE 12 : GARANTIES - DÉLAI D'ATTENTE - LIMITATIONS - PLAFONDS - EXCLUSION - FORFAIT**

12-1 Le contrat « EQUILIBRE SANTE », aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, pour chacune des quatre options (100Plus, 125Plus, 150Plus, 200Plus) concernant les adhérents de moins de 65 ans à la souscription du contrat et pour chacune des trois options (100Plus, 125Plus, 150Plus) pour les adhérents de plus de 66 ans à la souscription du contrat, sont détaillés dans le tableau constituant l'annexe I.

12-2 Ces forfaits sont valables par année civile et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

12-3 L'entrée en vigueur de certaines garanties et/ou le service de certaines prestations sont assortis de limitations dans leur montant qui s'appliquent à tout nouvel assuré pour une période de 3, 6 ou 9 mois selon les options retenues à compter de la date d'effet ainsi qu'à tout assuré qui désire augmenter ses garanties en changeant d'option, à compter de la date d'effet de l'avenant de modification.

12-4 Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

12-5 Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

12-6 Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

12-6-1 En cas d'Hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article 5.

FRAIS DE SÉJOUR ET HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité Sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité Sociale :

- Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- Les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,
- Toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et ne comprend ni les frais de chambre particulière, ni le forfait journalier.

LES ACTES EN SECTEUR HOSPITALIER, HONORAIRES CHIRURGICAUX :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Le montant garanti des actes en secteur hospitalier ainsi que les honoraires chirurgicaux, y compris l'anesthésie et la réanimation, est plafonné au cours des trois premiers mois d'adhésion à 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 125Plus, et à 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150Plus.

Passé les trois mois qui suivent la date d'effet du contrat, les actes en secteur hospitalier ainsi que les honoraires chirurgicaux, y compris l'anesthésie et la réanimation sont pris en charge pour les adhérents de moins de 65 ans à la souscription et à concurrence de 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 125Plus et de 175% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150Plus.

Concernant les adhérents de plus de 66 ans à la souscription, les niveaux de garanties après 3 mois de souscription restent identiques à ceux acquis avant 3 mois.

Concernant la garantie 200Plus pour les adhérents de moins de 65 ans à la souscription du contrat, le montant de garantie est plafonné à 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale au cours des six premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat.

Passé les 6 premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat pour les adhérents de moins de 65 ans à la souscription, le montant de garantie est porté à 250% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

LA CHAMBRE PARTICULIÈRE :

Dans le cadre d'une hospitalisation sauf faisant suite à un traitement psychiatrique. l'assuré bénéficie de la garantie Chambre Particulière à compter de la prise d'effet de son adhésion, conformément aux termes de l'article 5.

Les frais de chambre particulière ne sont pas garantis dans le niveau 100Plus. Pour les niveaux 125Plus, 150Plus et 200Plus, la garantie au jour du début de l'hospitalisation est limitée à 30 jours et plafonnée à 45€ par jour sur le niveau 125Plus, à 55€ par jour sur le niveau 150Plus et à 65€ par jour sur le niveau 200Plus.

Passé les 3 premiers mois qui suivent la date d'effet, la garantie au jour du début de l'hospitalisation des frais de chambre particulière est portée à 55€ par jour sur le niveau 125Plus, à 65€ par jour sur le niveau 150Plus et en frais réels pour le niveau 200Plus après 6 mois, pour une durée illimitée.

S'il s'agit d'un établissement non conventionné, la garantie des frais de chambre particulière est plafonnée pour les mêmes durées et montant journalier sur les niveaux 125Plus et 150Plus.

Sur le niveau 200Plus, le plafond après 6 mois de garantie est fixé à 65€ par jour.

Dans le cadre d'un séjour en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures et convalescence :

Pour les niveaux 125Plus et 150Plus : les frais de chambre particulière ne sont pas garantis dans les 3 premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat.

Passé 3 mois, les frais de chambre particulière sont pris en charge durant une période de 30 jours maximum par année civile et par bénéficiaire uniquement pour les adhérents de moins de 65 ans à la souscription du contrat, et pour un montant de 45€ par jour maximum.

Pour le niveau 200Plus : Durant les 6 premiers mois, la garantie est plafonnée au montant de 45 € par jour et à 65€ par jour après 6 mois pour une prise en charge maximum de 30 jours par année civile et par assuré.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs au niveau 100Plus et à une hospitalisation psychiatrique.

LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Le Forfait Journalier Hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Dans le cadre d'une hospitalisation sauf faisant suite à un traitement psychiatrique. la prise en charge durant les trois premiers mois d'adhésion est de 30 jours.

Passé les 3 premiers mois qui suivent la date d'effet pour les niveaux 100Plus, 125Plus, 150Plus et 6 mois pour le niveau 200Plus, la durée de garantie est illimitée.

Dans le cadre d'un séjour en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures et convalescence :

Pour les niveaux 100Plus, 125Plus et 150Plus, le Forfait Journalier Hospitalier n'est pas garanti dans les 3 premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat.

Passé ce délai, le forfait journalier est pris en charge durant une période de 30 jours maximum par année civile et par assuré.

Pour le niveau 200Plus : le Forfait Journalier Hospitalier est pris en charge pour une durée maximum de 90 jours par année civile et par assuré.

Durant les 6 premiers mois qui suivent la souscription du contrat, la prise en charge ne pourra pas excéder 30 jours.

Dans le cadre de cette garantie, la prise en charge du forfait hospitalier relatif à une hospitalisation psychiatrique est exclue.

FRAIS DE TRANSPORT :

Les Frais de Transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT :

En cas d'hospitalisation, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et le lit de l'accompagnant, dans les limites du plafond journalier à l'exclusion du niveau 100Plus.

Cette garantie est étendue à tous les bénéficiaires du contrat accompagnés par leur conjoint, un ascendant ou un enfant pour les moins de 65 ans, et par leur conjoint ou un descendant direct pour les plus de 65 ans.

Pour les niveaux 125Plus et 150Plus : passé les 3 premiers mois d'adhésion, remboursement de 15 € par jour, limité à 15 jours par an et par bénéficiaire ;

Pour le niveau 200Plus : passé les 6 premiers mois d'adhésion, remboursement de 20 € par jour, limité à 30 jours par an et par bénéficiaire.

12-6-2 Maternité :

Dans le cadre d'une hospitalisation liée à la maternité, en complément des frais de Chambre Particulière accordés ci-avant, la naissance ou l'adoption d'un enfant fait l'objet du versement d'un forfait sauf pour le niveau 100Plus.

Ce forfait est versé à l'assuré pour la naissance ou l'adoption d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples, et subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par SMAM COURTAGÉ de

l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

12-6-3 Maladie :

HONORAIRES MÉDICAUX, CONSULTATIONS, VISITES :

Les garanties Honoraires Médicaux, Consultations, Visites pratiqués pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialistes ou professeurs ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Les consultations de psychiatrie, de neuropsychiatrie ou assimilées réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés sont exclues pour les niveaux 100Plus, 125Plus et 150Plus, et prises en charge dans la limite de 5 consultations maximum par an et par assuré pour le niveau 200Plus.

Pour les autres consultations et visites réalisées « hors parcours de soins coordonnés », elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est à dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

ACTES DE SPÉCIALITÉS (ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX) :

Les Actes Techniques Médicaux sont des Actes de Spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

MAJORATION POUR FRAIS DE DÉPLACEMENT, ACTES DE NUIT OU LE DIMANCHE ET SOINS D'URGENCE :

Remboursement pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

PHARMACIE :

Le contrat prend en charge les produits et médicaments à vignettes blanches et bleues, ainsi que l'homéopathie remboursable par la Sécurité Sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables.

MÉDECINES DOUCES :

Le forfait Médecines Douces est destiné à couvrir des dépenses liées à des actes d'Ostéopathie, d'Étiopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture, d'Homéopathie et de Pédicure non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations et pour un montant maximum par consultation de 25 €.

ACTES DE PRÉVENTION :

Le décret du 29 Septembre 2005 de la loi du 13 Août 2004 prévoit que les contrats « responsables » doivent prendre en charge le ticket modérateur d'au moins deux actes de prévention choisis par une liste définie par arrêté. Tous ces actes font actuellement l'objet d'un remboursement par les régimes obligatoires et SMAM Mutuelle a décidé de rembourser le ticket modérateur pour l'ensemble de ces 13 actes (Scellement prophylactiques des puits, sillons et fissures, détartrages complets sus et sous-gingival, bilan initial des troubles du langage oral et écrit, dépistage de l'hépatite B, troubles de l'audition, ostéodensitométrie remboursables par le Régime Obligatoire, diphtérie, tétanos et poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilus influenzae B, Infections invasives à pneumocoques).

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION (ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE) :

Le contrat prend en charge les dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite d'un forfait de 100 € par an et par bénéficiaire et au maximum pour 50 % des dépenses réalisées.

Prévention (soins et médicaments préventifs sur prescription non remboursés par la Sécurité Sociale) :

- > Vaccins anti-grippe,
- > Vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques...),
- > Traitement antipaludéens pour les voyages,
- > Substituts nicotiniques pour arrêter de fumer (intervention de la mutuelle en complément du forfait versé par la Sécurité Sociale de 50€ (acte codé TNS). Le remboursement s'effectuera après présentation du décompte de la Sécurité Sociale et de la facture de l'officine au nom de l'assuré),
- > Médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité Sociale mais délivrés en pharmacie,
- > Matériel de surveillance d'hypertension (autotensionnètre) - homologué AFSAAPS-(www.afsaps.sante.fr); ce matériel étant « familial » 1 seul remboursement par contrat sera pris en charge.

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Les honoraires des podologues, orthophonistes, infirmiers, sages femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

ANALYSES, ACTES DE BIOLOGIE / RADIOLOGIE :

Les frais d'analyses, d'actes de Biologie et de radiologie sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

12-6-4 Dentaire :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Prothèses dentaires et frais d'orthodontie remboursable par le Régime Obligatoire :

Pour les garanties 100Plus, 125Plus et 150Plus dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, sans plafond dentaire.

Pour la garantie 200Plus avant au moins une année civile complète d'adhésion, prise en charge limitée à 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Le plafond de remboursement est limité à 1 000 € la 1^{ère} année et 1 500 € à compter de la 2^{ème} année et suivantes. Le nombre d'années est calculé pour chaque bénéficiaire à partir de la date d'effet de sa garantie.

Forfait « dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire » :

Ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'implantologie et de la parodontologie non remboursées par le Régime Obligatoire. Ce forfait est pris en charge uniquement sur le niveau 200Plus, à partir de la deuxième année d'adhésion et dans la limite de 200 € par an et par bénéficiaire.

Bonus Fidélité pour les Prothèses Dentaires, l'Orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale :

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale, sont majorés après au moins une année civile complète d'adhésion, de 25% par an dans la limite de 75% par assuré.

12-6-5 Optique :

Les frais liés à l'achat des verres et montures remboursés partiellement par le Régime Obligatoire et à l'achat des lentilles (acceptées ou refusées) sont pris en charge dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des prestations.

Bonus Fidélité pour l'Optique remboursable par la Sécurité Sociale :

Les remboursements des frais liés à l'achat de prestations optique remboursables par la Sécurité Sociale, et à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées) sont majorés après au moins une année civile complète d'adhésion, de 25 € par an dans la limite de 75 € par assuré.

Le forfait destiné à couvrir les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie, et de la presbytie est pris en charge par bénéficiaire pour les adhérents de moins de 65 ans à la souscription du contrat :

Passé les 3 premiers mois d'adhésion pour les niveaux 125Plus et 150Plus, pour un montant de 100 € par année civile et par assuré sur le niveau 125Plus, et de 130 € par année civile et par assuré sur le niveau 150Plus.

Et passé les 6 premiers mois d'adhésion pour le niveau 200Plus pour un montant de 200 € par année civile et par assuré.

12-6-6 Prestations Diverses:

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES :

Sont pris en charge par assuré, le remboursement du petit appareillage ainsi que les frais liés aux accessoires restant à sa charge après remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par celle-ci.

Les prothèses d'orthopédie, auditives, capillaires et mammaires ainsi que le grand appareillage pris en charge par la Sécurité Sociale sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations par année civile et par assuré.

Le forfait des prothèses auditives ne comprend pas le remboursement des piles, des embouts, de l'entretien annuel et des réparations.

CURE THERMALE ET COLONIES SANITAIRES :

Les cures thermales et colonies sanitaires acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

A ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un

forfait prévu au tableau des prestations selon le niveau choisi.

LE CONTRAT BÉNÉFICIE ÉGALEMENT :

- **D'une garantie d'Assistance et de Protection Juridique Médicale** dont la notice d'information est jointe au certificat d'adhésion. La garantie Assistance intervient pour les résidents en France métropolitaine, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à une maladie soudaine ou à un accident corporel, et pour les résidents sur les Antilles Françaises, la Guyane et la Réunion, la garantie intervient en cas d'un problème de santé à plus de 25 km du domicile de l'assuré. La demande d'assistance s'effectue sur simple appel téléphonique et au préalable au 0 810 617 617, 24h/24 et 7j/7 et après acceptation de SMAM ASSISTANCE. La garantie Protection Juridique Médicale est une aide à la médiation en cas de litige présumé avec un professionnel de santé ou un établissement de soins. Il s'agit d'aider l'assuré si le préjudice est avéré, à obtenir réparation, par exemple, à la suite d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un manquement préjudiciable à l'obligation d'information. Si le litige devait être porté devant une commission ou une juridiction, les frais de procédure et les honoraires des intervenants externes (avocats, experts...) seront pris en charge dans la limite d'un plafond global fixé à 20 000 € TTC par litige rencontré en France et dans les pays de l'Union Européenne, Andorre, Monaco et la Suisse.

- **D'une garantie Exonération pour les adhérents des moins de 65 ans « Garantie Perte d'Emploi »** dont la notice d'information est jointe au certificat d'adhésion. Cette garantie intervient en cas :

- > de licenciement économique,
- > de cessation d'activité,
- > de dépôt de bilan,
- > d'affections de longue durée (ALD-30) et les poli pathologies.

SMAM COURTAGE prend en charge 12 mois de cotisations, sur la base de la cotisation annuelle TTC fixée au dernier terme principal émis ou au dernier avenant validé à la date de réalisation du risque, dans la limite de 1 000 € par sinistre et par année d'assurance. L'imputation de ce crédit commence à la date où la cotisation à échoir, acquittée par l'assuré au moment du sinistre, cesse ses effets, soit au prochain terme en cas de fractionnement annuel, semestriel ou trimestriel, soit encore au prochain prélèvement à émettre en cas de fractionnement mensuel. Ce crédit ne peut par conséquent, ni donner lieu à ristourne sur une cotisation déjà réglée, ni servir à compenser une cotisation impayée. La cessation de l'activité professionnelle ou l'état pathologique ouvrant droit à garantie doivent toujours être constatés à l'issue d'un délai d'attente de 3 mois.

- **D'une garantie « Individuelle Accident »** en cas de décès accidentel des adhérents de + 66 ans dont la notice d'information ALBINGIA N°1060404 est jointe au certificat d'adhésion. La garantie est acquise 24 h sur 24 dans le monde entier tant au cours de la vie privée que professionnelle et prévoit en cas de décès accidentel garanti ou de ses conséquences survenant dans les 24 mois à compter du jour de l'accident, le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés à la demande d'adhésion de :

- > 4 000 € s'il s'agit de l'adhérent principal.
- > 2 000 € s'il s'agit de son conjoint ou son concubin.

Ce qu'il faut entendre par accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Par extension sont également compris dans la garantie :

- > L'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation,
- > Les inoculations infectueuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux,
- > L'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

- **D'une garantie « Invalidité permanente par Accident »** et « **d'aide à la vie quotidienne** » des + 66 ans dont la notice d'information AIG N° 4.090.416 est jointe au certificat d'adhésion. Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité permanente partielle ou totale supérieure à 50 % (taux d'invalidité déterminé conformément au barème d'Invalidité Compagnie), la Compagnie lui verse un capital forfaitaire de 3 000 €.

Lorsque l'Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité partielle ou totale supérieure à 50 % (taux d'Invalidité déterminé conformément au barème d'Invalidité Compagnie), la Compagnie lui verse un capital forfaitaire de 500 € en plus de celui versé au titre de la garantie Invalidité permanente par accident.

- > Les montants maxima garantis ci-dessus sont indiqués par assuré et par événement,
- > aucune indemnité ne sera due par l'assureur en cas d'accident dont serait victime tout assuré âgé de 90 ans et plus au jour du sinistre.

- **D'une garantie Optionnelle Rapatriement de Corps et Frais Funéraires** dont la notice d'information Garantie Assistance n° 00001583 est jointe au certificat d'adhésion. La souscription de cette garantie est limitée à 65 ans pour toute personne physique domiciliée en France Métropolitaine, soit en Europe continentale ou dans un état membre de l'Union Européenne, soit en Guadeloupe, Martinique, Guyane Française ou à la Réunion, et nommément désignée comme bénéficiaire dans le bulletin d'adhésion santé. La garantie intervient sur simple appel téléphonique préalable au 01.53.21.69.48 ou par télécopie au 01.53.21.24.88, et après accord.

Cette garantie couvre :

- > Le rapatriement de corps dans le pays d'origine, du lieu de décès jusqu'à l'aéroport international le plus proche des obsèques,
- > La prise en charge du transfert de corps jusqu'au lieu d'inhumation à concurrence de 800 € TTC,
- > La mise à disposition d'un titre de transport pour un membre de la famille en accompagnement du corps.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations sans l'accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement.

- **D'une garantie optionnelle « Individuelle Accident » en cas de décès accidentel des adhérents de – 65 ans ou de leurs enfants** dont la notice d'information ALBINGIA N° 1060404 est jointe au certificat d'adhésion. La garantie est acquise 24 h sur 24 dans le monde entier tant au cours de la vie privée que professionnelle et prévoit en cas de décès accidentel garanti ou de ses conséquences survenant dans les 24 mois à compter du jour de l'accident, le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés à la demande d'adhésion de :
 - > 4 000 € s'il s'agit de l'adhérent principal
 - > 2 000 € s'il s'agit de son conjoint ou concubin
 - > 1 500 € s'il s'agit d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent désigné(s) à l'adhésion

Ce qu'il faut entendre par accident

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

Par extension sont également compris dans la garantie :

- > L'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation,
- > Les inoculations infectueuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux,
- > L'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.
- **D'une garantie optionnelle Individuelle Enfants (scolaire – extra-scolaire)** dont la notice d'information n° 4.090.415 est jointe au certificat d'adhésion :
 - > Cette garantie est acquise à chaque enfant assuré en cas d'accident corporel dont il serait victime et survenant 24 heures sur 24 et ce, dans le monde entier.
 - > Ce contrat a pour objet de garantir chaque enfant assuré en cas de décès, d'invalidité permanente et d'indemniser l'assuré des frais de rattrapage scolaire (voir tableau des prestations).
 - > Cette garantie a été souscrite par le GIRPE Association pour le compte de ses adhérents auprès de la compagnie AIG EUROPE S.A dont le siège social est situé TOUR AIG – 92079 PARIS LA DEFENSE 2 CEDEX – RCS Nanterre B 552 128 795 00135 et enregistré sous le n° 4.090.415 GIRPE « FAMILIS ».
 - > Une notice d'information est adressée à l'assuré avec la carte de Tiers payant ainsi qu'une attestation à remettre aux établissements scolaires suivant leur demande.

12-7 Ce que le contrat ne prend pas en charge

Le contrat ayant la qualité de contrat « responsable », il ne prendra pas en charge :

- La majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
- Un « reste à charge » sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins,
- La participation forfaitaire prélevée par le Régime Obligatoire (II de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale),
- Les séjours en gérontologie, en instituts Médico-Pédagogiques et établissements similaires,
- Les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,
- Les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 12-6) et la thalassothérapie.

* ARTICLE 13 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES

13-1 Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau que l'assuré a souscrit et de la nature des dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement) ;
- Ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'adhésion et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des garanties.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

13-2 Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec la Mutuelle, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie.

Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions de l'alinéa 12-4.

13-3 Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et SMAM MUTUELLE, les remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé, il doit adresser à SMAM MUTUELLE ou SMAM COURTAGE en suivant de l'indemnisation par la Sécurité Sociale :

- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale,
- Les notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
- Les notifications de non prise en charge de la Sécurité Sociale pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations,
- Les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité...) permettant le paiement de prestations forfaitaires telle qu'une prime en cas de naissance d'un enfant ou en cas de décès d'un assuré,
- Toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

13-4 Service Tiers Payant Mutualiste :

Le service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et son contrat auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant.

Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou des forfaits prévus au tableau de garanties.

SMAM COURTAGE adresse une carte de tiers payant à l'émission d'un certificat d'adhésion et à chaque appel de cotisations que l'assuré peut présenter au professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant.

En complément du tiers payant, SMAM MUTUELLE peut être signataire d'une adhésion à une Union Mutualiste dans le département de l'assuré lui donnant ainsi accès aux services mutualistes tels que pharmacies, centres optiques, centres dentaires, centres acoustiques, clinique..., et lui faire bénéficier tant du tiers payant que de prestations médicales et services au moindre coût.

La liste peut être communiquée sur simple appel téléphonique par les services clients de SMAM COURTAGE et de SMAM MUTUELLE.

13-5 Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitement relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu pendant la vie de l'adhésion et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que l'assuré soit à jour du paiement de ses cotisations.

13-6 Suivi des prestations « EN REEL » :

- INTERNET (www.smamcourtage.com)

Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24.

Connexion à l'aide du code confidentiel adressé à la souscription par SMAM MUTUELLE ou inscrit sur les décomptes de prestations papier.

- SERVICES E.MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site smamcourtage.com (espace adhérent) pour notifier son adresse e-mail.

En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

* ARTICLE 14 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, conformément aux articles L 221-11 et L 211-12 du code de la Mutualité.

La prescription peut être interrompue par :

- Une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

* ARTICLE 15 : RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'adhérent formule sa réclamation à SMAM MUTUELLE. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur lui seront communiquées sur demande auprès de SMAM MUTUELLE.

* ARTICLE 16 : SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L 221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L 221-15 (réduction des indemnités) du code de la Mutualité.

* ARTICLE 17 : SUBROGATION

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

* ARTICLE 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de SMAM MUTUELLE ou de SMAM COURTAGE.

* ARTICLE 19 : AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle et de SMAM COURTAGE est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) – 61, rue Taitbout – 75009 PARIS.



7, rue Saint-Jacques - BP841 - 86108 CHÂTELLERAULT Cedex
05 49 02 18 35 - www.smamcourtage.com

SMAM courtage - SAS au capital de 400 000€ à directoire et conseil de surveillance. RCS Châtellerault B 391 897 261
Intermédiaire en assurance, immatriculation ORIAS n° 07 019 262 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACAM
(Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cédex 09

LEXIQUE

ADHÉRENT :

Personne membre de l'association, signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion et qui adhère à la présente convention de groupe.

Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

SOUSCRIPTEUR :

Personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

ASSURÉ :

Toute personne portée sur le certificat d'adhésion.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS :

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint, et leur(s) enfant(s) (âgé(s) de moins de 21 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

COUPLE – CONJOINT :

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

MALADIE :

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

HOSPITALISATION :

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

RÉGIME DE BASE :

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré tels que le Régime Général de la Sécurité Sociale ; Régime des TNS ; Régime des commerçants, artisans, professions libérales ; Régime des exploitants et des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des DOM ; Régime des fonctionnaires ; Régime des français expatriés « CFE » ; Régime des Marins Pêcheurs ; Régime des militaires ; Régime des clercs et employés de notaire...).

RÉGIME OBLIGATOIRE :

Régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) :

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

SÉCURITÉ SOCIALE :

Terme générique utilisé dans ces Conditions Générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'assuré est affilié.

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

Le Régime de Sécurité Sociale Français auquel est affilié l'assuré.

TARIF DE CONVENTION :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

TARIF DE RESPONSABILITÉ :

Le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
Le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné

TARIF D'AUTORITÉ :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

AVENANT :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.