Meilleurtaux

Aide à la compréhension

Garanties & souscription

Afin de vous aider dans la compréhension et la souscription de votre contrat santé, vous trouverez ci-dessous différents éléments :

Des vidéeos didactiques (cliquez sur la vidéo pour la voir) :











Cliquez sur les liens ci-dessous pour accéder directement aux différents postes

- Tableau de Garantie
- IPID
- Exemples de remboursements
- Conditions générales

Points forts du produit Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non responsable

- **Contrat Non responsable**
- **Option éco vous permettant de réduire votre cotisation jusqu'à 15%**
- **Même niveaux de remboursements des honoraires OPTAM/NON OPTAM**
- **Assistance en inclusion avec Mutuaide**



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non-Responsable

Tableau de Garanties

		NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 90 ans	NIVEAU 4 90 ans
Âge limite de souscription					
HOSPITALISATION & MATERNITE(1)					
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire)	*OPTAM ou OPTAM ACO **	110%	125%	150%	200%
	*Hors OPTAM ou OPTAM ACO **	110%	125%	150%	200%
Frais de séjour hospitalier hors secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation (2)	*En secteur conventionné*	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour en secteur spécialisé: secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation (2)		100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgence (3)		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Forfait journalier hospitalier (4)		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Forfait actes lourds		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de transport (sauf cures et maternité) (5)		100%	100%	100%	100%
Hospitalisation a domicile		100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco — Chambre particulière (max 30 jours/an) (6)		20€ / Jour	40€ / Jour	60€ / Jour	80€ / Jour
Exclu si option éco — Lit d'accompagnement (ascendants, descandants, collatéreaux) (maxi 15 jours / an) (7)		5€ / Jour	10€ / Jour	10€ / Jour	15€ / Jour
Exclu si option éco — Téléphone, internet, télevision (maxi 15 jours / an)		5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	10€ / jour
Assistance Hospitalisation Mutuaide		• 20h d'aide ménagère, • les frais de livraison de médicaments, • 20h de garde d'enfants,		• la visite d'un proche avec transport A/R en train et frais d'hôtel, • la garde d'animaux domestique.	
MÉDECINE COURANTE					
Médecins généralistes et spécialistes(8)	*OPTAM ou OPTAM ACO**	110%	125%	150%	200%
	*Hors OPTAM ou OPTAM ACO**	110%	125%	150%	200%
Soins effectués à l'étranger remboursés par le Régime Obligatoire		100%	100%	100%	100%
Limité au TM si option éco — Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que Kinésithérapeute, Orthoptiste, Infirmier, Orthophoniste, Podologue, Sagefemme		100%	125%	150%	175%
Limité au TM si option éco — Analyses - Examen de laboratoires, Imagerie, Radiologie, Echographie, Acte technique médicale (ATM)		100%	125%	150%	175%
viamedis — Profitez de téléconsultations prises en charge par l'assurance maladie. Tiers payant automatique, pas de frais à avancer. Service disponible 7 jours sur 7.					
PHARMACIE					
Médicaments prescrits remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco — Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)		10€ / an	20€ / an	30€ / an	50€ / an
DENTAIRE (9)					
Soins Dentaire remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO		110%	140%	200%	240%
OPTIQUE					
Forfait global par assuré - Le forfait inclus le remboursement de la Sécurité sociale					
Exclu si option éco — Monture et verres (Equipement de la Classe A ou B) - renouvellement tous les 2 ans		150€	200€	250€	300€
Exclu si option éco — Equipement à verres simples ou équipement avec verre simple et un verre complexe ou très complexe ou équipement avec deux verres complexes ou très complexes(10) **Monture limitée à 100€**					

II2025_TG_MTNOM



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non-Responsable

Tableau de Garanties

	Âge limite de souscription	NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 90 ans	NIVEAU 4 90 ans
MATERIEL MEDICAL					
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, prothèses mammaires, gros et petit appareillage (cannes, apnée du sommeil, lit médical, fauteuil roulant, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses…) remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%
APPAREILLAGE AUDITIF					
Aides auditives (Classe I ou Classe II) remboursées par la Sécurité sociale - Renouvellement tous les 4 ans tel que définis réglementairement - Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale (11)		400€	500€	600€	700€
Accessoires et piles		100%	100%	100%	100%
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE					
Cure thermale prise en charge par le RO (12)		100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco — Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (transport, dépassements, hébergement)		50€/an	80€/an	100€/an	150€/an
Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, diététicien, tabacologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute (max 30€/séance) - **Professionnels reconnus par un diplôme d'état**		30€/an	60€/an	90€/an	120€/an

OPTION ÉCO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option. Elle s'applique des formules 1 à 4. Vous bénéficiez alors d'une réduction de cotisation. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable des garanties ci-après : chambre particulière, lit accompagnant, confort hospitalier, honoraires paramédicaux, analyses et examens, médicaments prescrits non remboursés, tous les équipements optique, la cure thermale, le forfait supplément cure thermale et la médecine naturelle.
En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent hors les honoraires paramédicaux et analyses qui elles sont limitées au Ticket Modérateur. Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option éco à l'issue des 12 mois complets d'assurance après votre adhésion, ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins. Suite à la première adhésion à l'option éco, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette option sera exclue.

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de convention et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels. Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille. Les montants annuels indiqués en euro représentent le remboursement total, Sécurité sociale comprise, dans la limite des frais rééellement engagés. Ces plafonds ne peuvent être ni dépassés ni reportés d'une année sur l'autre.

**OPTAM / OPTAM-ACO : dispositils de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le profesiionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique*

(1) Hospitalisation et Maternité : **Pendant les 90 premiers jours suivant la Date d'effet de l'Adhésion, tous les remboursements du poste hospitalisation sont limités à la prise en charge du Ticket Modérateur uniquement, si le Ticket Modérateur est prévu par la garantie, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un Accident dans ce cas là la garantie s'applique totalement.**

(2) Frais de séjour secteur spécialisé : **Limités à hauteur de la garantie à 30 jours par Assuré et par an en cas d'Hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cure de désintoxication), ainsi que pour les unités de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et unités et services prévus aux articles L174-6 du code de la Sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées). Au-delà de cette limite de 30 jours, la prise en charge sera limitée au Ticket Modérateur.**

(3) Forfait patient urgence : Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un «Forfait Patient Urgences (FPU)». Pour les actes lourds, Il s'agit de la Participation forfaitaire que le Régime Obligatoire peut laisser à la charge des Assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur au plafond fixé par la réglementation de l'assurance maladie obligatoire.

(4) Forfait journalier hospitalier : Illimité dans les établissements santé, **à l'exception des sejours en unités et Services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et ceux prévus aux articles L174-6 du code de la Sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées).**

(5) Frais de transport du malade ou de l'accidenté remboursés par l'assurance maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie.

(6) Chambre particulière : **Durée limitée à 30 jours par an en Hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique.**

SONT EXCLUS de la garantie les séjours en gérontologie, les séjours en unités Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et dans les services prévus aux articles L174-6 du code de la sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) et les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie).

(7) Lit d'accompagnement est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 17 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.

(8) Médecins généralistes et spécialistes : Les consultations de Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés, hors parcours de soins coordonnés, sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur uniquement.

(9) **Pendant les 90 premiers jours suivant la Date d'effet de l'Adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du Ticket Modérateur.**

(10) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. **La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an.**

I22025_TG_MTESSENTIEL+



Meilleurtaux
Essentiel+ Santé
Non-Responsable

Tableau de Garanties

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogation indiquées dans la Notice d'information.

En outre, la prise en charge de la monture de classe B est limitée à 100€ et la monture de classe A est limitée à 30€.

Corrections visuelles :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.»

(11) Forfait par an et par Assuré.

La prise en charge ne pourra dépasser 1700€ par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire. Le forfait n'est pas applicable au-delà de 300€ pour les enfants de moins de 20 ans. Les prestations sont limitées à un équipement tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(12) Cures thermales : **prestation limitée aux frais réels et forfait uniquement versé pour les prestations remboursées dans le cadre de la cure thermale prescrite et prise en charge par le Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs dans la limite des frais réellement engagés.**

La vie est pleine de surprises... Protégez ceux qui comptent le plus.



Vous souhaitez plus de renseignements ? Contactez nos conseillers :

01 83 77 57 30 **conseillersante@meilleurtaux.com**

Distribué et co-conçu par **Meilleurtaux Santé** *est une marque exploitée par* **ACTIVE ASSURANCES** *(société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 30.000 euros, 95 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS – RCS PARIS 527 496 699- Courtier en assurance ORIAS n°10058420 (www.orias.fr)*
Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Assureur des garanties **PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR**, SA au capital de 81 000 000 euros entièrement versé - 343 286 183 RCS PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 73306 Paris Cedex 09

122025_TG_MTESSENTIEL+

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR – Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 81.000.000 euros RCS Paris 343 286 183 Siège social : 19 rue d'Aumale – CS 40019 – 73306 Paris

Co-concepteur : Meilleurtaux Santé (marque d'Active Assurances société du groupe Meilleurtaux) – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°10 058 420 et régi par le Code des assurances SAS au capital de 30.000 euros, 95 rue d'Amsterdam – 75008 Paris – RCS Paris 527496699 - **Produit –Meilleurtaux Essentiel+ Santé NON RESPONSABLE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Meilleurtaux Essentiel+ Santé est un produit d'assurance complémentaire santé non responsable. Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire (Assurance Maladie Obligatoire).

Meilleurtaux Essentiel+ Santé n'est pas « responsable » car il ne respecte pas les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses réellement engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné ou non :** honoraires chirurgie et anesthésie, frais de séjour et de transports remboursés par le Régime Obligatoire, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences.
- ✓ **Soins médicaux courants :** Honoraires des médecins généralistes ou spécialistes remboursés par le Régime Obligatoire, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Actes d'imagerie et actes d'échographie, actes techniques médicaux, médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire :** soins, prothèses, inlays-onlays et parodontologie, orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations.

LES GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES NIVEAUX 1 A 4

- ✓ **Option éco :** réduction de cotisation contre une non-prise en charge d'un bloc indissociable de garanties souscrites (chambre particulière, frais accompagnant et frais de télévision et/ou wifi, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, Optique, médecine naturelle, médicaments prescrits non remboursés, forfait cure thermale).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance
- ✓ Télémédecine
- ✓ Tiers-payant
- ✓ Décompte en ligne

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✖ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion.
- ✖ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissement en cas d'arrêt de travail.
- ✖ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✖ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajeunissement).
- ✖ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, établissements ou services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✖ Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux de garanties.
- ✖ Les actes engagés à l'étranger dont les prestations sont exprimées en forfaits et relevant d'actes non remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✖ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✖ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux (1€) et transports (4€). Ces montants sont susceptibles d'évoluer selon la règlementation.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les soins et les séjours effectués en dehors d'établissement de santé dans le cadre du poste hospitalisation.

Principales restrictions

- ! Prise en charge limitée au ticket modérateur du forfait hospitalier dans les 90 jours suivants la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.
- ! Forfait journalier hospitalier : exclusion en gérontologie, unités de soins longue durée (USLD), établissements qui ne relèvent pas des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).
- ! Frais de séjour : limités à 30 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, et assimilés, cure de désintoxication, rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maisons de convalescence, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Au-delà, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- ! La chambre particulière, au-delà de 30 jours par an, le lit d'accompagnement et le poste téléphone, internet et télévision au-delà de 15 jours par an dans les situations suivantes : hospitalisation en secteur non conventionné, en milieu spécialisé (psychiatrie, cure de désintoxication), pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur en cas d'évolution de la vue.

Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties d'assurance frais santé ne bénéficient qu'aux seuls assurés résidant à titre principal en France métropolitaine pour les frais engagés en France.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à la date indiquée dans le bulletin d'adhésion.
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement bancaire ou par chèque (paiement annuel uniquement).

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

- **A l'adhésion :**

- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association ANASAP ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par le Gestionnaire.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.

- **En cours d'adhésion :**

- Informer le Gestionnaire de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par la Notice d'information.

- **Pour le versement des prestations :**

- Transmettre au Gestionnaire la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et est précisée sur le certificat d'adhésion. La prise d'effet de l'adhésion ne peut pas être rétroactive à la date de la signature du contrat.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction à la date d'anniversaire de l'adhésion chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'une des parties dans les cas prévus dans la notice d'information ou en cas de décès de l'adhérent.

Comment puis-je résilier l'adhésion ?

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion :

- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion, à la date d'échéance de l'adhésion,
- À tout moment, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année d'adhésion,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire.

Meilleurtaux
PLACEMENT · ASSURANCE · CRÉDIT



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non Responsable

Exemples de Remboursements

INFORMATIONS PREALABLES

Ces exemples de remboursements n'ont aucune valeur contractuelle.
Ils vous permettent d'estimer, pour une situation précise et un tarif de prestation donné, différents points :
La prise en charge opérée par l'assurance maladie obligatoire;

- Les remboursements opérés par votre complémentaire santé pour les niveaux 1 à 4 de la garantie.
- Vos éventuels restes à charge.
- Les remboursements effectués en vertu de votre contrat diffèrent selon le niveau de garanties souscrit.

Pour mieux comprendre vos remboursements, découvrez notre vidéo explicative :

https://www.youtube.com/watch?v=U48DMUgbjkI

Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par **ACTIVE ASSURANCES** (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 30.000 euros, 95 rue d'Amsterdam – 75008 PARIS – RCS PARIS 527496699- Courtier en assurance ORIAS n°10058420 (www.orias.fr). Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Assureur : **PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR** SA au capital de 81 000 000 euros entièrement versé – 343 286 183 RCS PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 19 rue d'Aumale – CS 40019 – 73306 Paris Cedex 09



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non Responsable

Exemples de Remboursements

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en court séjour				
Prix moyen pratiqué	20€	20€	20€	20€
Base de remboursement	0€	0€	0€	0€
Remboursement Sécurité Sociale	0€	0€	0€	0€
Remboursement Mutuelle	20€	20€	20€	20€
Reste à charge	**0€**	**0€**	**0€**	**0€**
Séjours avec actes lourds **L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjours, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé** Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé				
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO Opération en secteur privé : honoraires chirurgien				
Prix moyen pratiqué	434€	434€	434€	434€
Base de remboursement	271,70€	271,70€	271,70€	271,70€
Remboursement Sécurité Sociale	271,70€	271,70€	271,70€	271,70€
Remboursement Mutuelle	27,17€	67,93€	135,85€	162,30€
Reste à charge	**135,13€**	**94,38€**	**26,45€**	**0€**
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO) Opération en secteur privé : honoraires chirurgien				
Prix moyen pratiqué	473€	473€	473€	473€
Base de remboursement	271,70€	271,70€	271,70€	271,70€
Remboursement Sécurité Sociale	271,70€	271,70€	271,70€	271,70€
Remboursement Mutuelle	27,17€	67,93€	135,85€	201,30€
Reste à charge	**174,13€**	**133,38€**	**65,45€**	**0€**
Séjours sans actes lourds **L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé** Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public				
Frais de séjour en secteur public				
Prix moyen pratiqué	3 541€	3 541€	3 541€	3 541€
Base de remboursement	3 541€	3 541€	3 541€	3 541€
Remboursement Sécurité Sociale	2 832,80€	2 832,80€	2 832,80€	2 832,80€
Remboursement Mutuelle	708,20€	708,20€	708,20€	708,20€
Reste à charge	**0€**	**0€**	**0€**	**0€**



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non Responsable

Exemples de Remboursements

SOINS COURANTS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires médecins secteur 1 Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans				
Prix moyen pratiqué	30€	30€	30€	30€
Base de remboursement	30€	30€	30€	30€
Remboursement Sécurité Sociale	19€	19€	19€	19€
Remboursement Mutuelle	9€	9€	9€	9€
Reste à charge *(Participation forfaitaire)*	**2€**	**2€**	**2€**	**2€**
Honoraires médecins secteur 1 Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ex :gynécologie)				
Prix moyen pratiqué	37€	37€	37€	37€
Base de remboursement	37€	37€	37€	37€
Remboursement Sécurité Sociale	23,90€	23,90€	23,90€	23,90€
Remboursement Mutuelle	11,10€	11,10€	11,10€	11,10€
Reste à charge *(Participation forfaitaire)*	**2€**	**2€**	**2€**	**2€**
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ex :gynécologie)				
Prix moyen pratiqué	54€	54€	54€	54€
Base de remboursement	37€	37€	37€	37€
Remboursement Sécurité Sociale	23,90€	23,90€	23,90€	23,90€
Remboursement Mutuelle	14,80€	20,35€	28,10€	28,10€
Reste à charge	**15,30€**	**9,75€**	**2€**	**2€**
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO) Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ex :gynécologie)				
Prix moyen pratiqué	67€	67€	67€	67€
Base de remboursement	23€	23€	23€	23€
Remboursement Sécurité Sociale	14,10€	14,10€	14,10€	14,10€
Remboursement Mutuelle	9,20€	12,65€	18,40€	29,90€
Reste à charge	**43,70€**	**40,25€**	**34,50€**	**23€**
Matériel médical – Achat d'une paire de béquilles				
Prix moyen pratiqué	26,18€	26,18€	26,18€	26,18€
Base de remboursement	24,40€	24,40€	24,40€	24,40€
Remboursement Sécurité Sociale	14,64€	14,64€	14,64€	14,64€
Remboursement Mutuelle	9,76€	9,76€	9,76€	9,76€
Reste à charge	**1,78€**	**1,78€**	**1,78€**	**1,78€**



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non Responsable

Exemples de Remboursements

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
OPTIQUE				
Equipement classe A : Verres + monture				
Prix moyen pratiqué	115€	115€	115€	115€
Base de remboursement	34,50€	34,50€	34,50€	34,50€
Remboursement Sécurité Sociale	20,70€	20,70€	20,70€	20,70€
Remboursement Mutuelle	94,30€	94,30€	94,30€	94,30€
Reste à charge	**0€**	**0€**	**0€**	**0€**
Equipement classe B : Verres simples + monture				
Prix moyen pratiqué	366€	366€	366€	366€
Base de remboursement	0,15€	0,15€	0,15€	0,15€
Remboursement Sécurité Sociale	0,09€	0,09€	0,09€	0,09€
Remboursement Mutuelle	149,91€	199,91€	249,91€	299,91€
Reste à charge	**216€**	**166€**	**116€**	**66€**
AIDES AUDITIVES				
Equipement classe I par oreille				
Prix moyen pratiqué	950€	950€	950€	950€
Base de remboursement	400€	400€	400€	400€
Remboursement Sécurité Sociale	240€	240€	240€	240€
Remboursement Mutuelle	160€	260€	360€	460€
Reste à charge	**550€**	**450€**	**350€**	**250€**
Equipement classe II par oreille				
Prix moyen pratiqué	1 582€	1 582€	1 582€	1 582€
Base de remboursement	400€	400€	400€	400€
Remboursement Sécurité Sociale	240€	240€	240€	240€
Remboursement Mutuelle	160€	260€	360€	460€
Reste à charge	**1 182€**	**1 082€**	**982€**	**882€**



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non Responsable

Exemples de Remboursements

DENTAIRE

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Prothèses : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires				
Prix moyen pratiqué	500€	500€	500€	500€
Base de remboursement	120€	120€	120€	120€
Remboursement Sécurité Sociale	72€	72€	72€	72€
Remboursement Mutuelle	60€	96€	168€	216€
Reste à charge	**368€**	**332€**	**260€**	**212€**
Soins : détartrage				
Prix moyen pratiqué	43,38€	43,38€	43,38€	43,38€
Base de remboursement	43,38€	43,38€	43,38€	43,38€
Remboursement Sécurité Sociale	26,03€	26,03€	26,03€	26,03€
Remboursement Mutuelle	17,35€	17,35€	17,35€	17,35€
Reste à charge	**0€**	**0€**	**0€**	**0€**
Prothèses : couronne céramo-métallique sur molaires				
Prix moyen pratiqué	557€	557€	557€	557€
Base de remboursement	120€	120€	120€	120€
Remboursement Sécurité Sociale	72€	72€	72€	72€
Remboursement Mutuelle	60€	96€	168€	216€
Reste à charge	**425€**	**389€**	**317€**	**269€**
Orthodontie enfant moins de 16 ans traitement par semestre				
Prix moyen pratiqué	707€	707€	707€	707€
Base de remboursement	193,50€	193,50€	193,50€	193,50€
Remboursement Sécurité Sociale	193,50€	193,50€	193,50€	193,50€
Remboursement Mutuelle	0€	0€	0€	0€
Reste à charge	**513,50€**	**513,50€**	**513,50€**	**513,50€**

AIDE A LA LECTURE DES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Hypothèse : Un médecin spécialiste non adhérent de l'OPTAM facture 67€ sa consultation. Le tarif conventionnel étant de 23€, ce médecin a opéré un dépassement d'honoraires de 44€ (23€ + 44€ = 67€). Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins (le médecin généraliste ayant été consulté avant le médecin spécialiste).

Quelle prise en charge par le régime de base ? Dans ce cas, l'assurance maladie obligatoire prend en charge 14,10€.

Quelle prise en charge par votre complémentaire santé ? Pour un contrat à 125% de la base de remboursement (125% BRSS), le remboursement opéré en vertu du contrat d'assurance maladie complémentaire serait de 12,65€.
Quel est le reste à charge ? Dans le présent exemple, le patient-assuré aura 40,25€ de reste à charge (67€ - 14,10€ - 12,65€ = 40,25€). Cette somme correspond aux 40,25€ qui sont à sa charge et à 2€ de participation forfaitaire imposé par la législation.

Meilleurtaux
PLACEMENT · ASSURANCE · CRÉDIT

Meilleurtaux Essentiel+ Santé

Notice d'information contractuelle
(Valant Conditions Générales)



SOMMAIRE

PREAMBULE 3

LEXIQUE 4

1. INFORMATIONS GENERALES 9

1.1 OBJET DE L'ADHESION 9

1.2 OBJET DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE 10

1.3 DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE ET L'ASSUREUR 10

1.4 CONDITIONS D'ADHESION 10

1.5 MODALITES D'ADHESION 11

1.4 DATE D'EFFET ET DUREE DE DE L'ADHESION 11

1.7 RESILIATION DE L'ADHESION 11

1.7.1 Résiliation par l'Adhérent 11
1.7.2 Résiliation par l'Assureur 12
1.7.3 Résiliation de plein droit 12
1.7.4 Conséquences de la résiliation 13

1.8 DECLARATIONS A L'ADHESION ET EN COURS D'ADHESION 13

2. LES GARANTIES 14

2.1 CONDITIONS DES GARANTIES 14

2.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES 14

2.3 CESSATION DE L'ADHESION 14

2.3 ETENDUE TERRITORIALE DU CONTRAT 15

2.4 GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS 15

2.5 EXCLUSIONS 20

2.6 LIMITE DE REMBOURSEMENTS 20

2.7 CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT 21

3. MODIFICATION DES GARANTIES 21

3.1 A LA DEMANDE DE L'ADHERENT 21

3.1.1 A la Date d'échéance 21
3.1.2 Hors la Date d'échéance 21
3.1.3 Modification de la cotisation à la suite d'une évolution du niveau de garanties 21

3.2 A LA DEMANDE DE L'ASSUREUR 22

3.3 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROITS 22

3.3.1 A la Date d'échéance 22
3.3.2 Hors la Date d'échéance 22

3.4 ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE 23

4. PRESTATIONS 23

4.1 REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS 23

4.2 TELETRANSMISSION 23

4.3 TIERS PAYANT 24

4.4 JUSTIFICATIFS A PRODUIRE 24

4.5 DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS 25

4.6 CONTROLE DES PRESTATIONS ET EXPERTISE – DECHEANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS 25

4.7 RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES 26

5. COTISATIONS 26

5.1 MONTANT DE LA COTISATION 26

5.2 VARIATION DE LA COTISATION 26

5.3 REVISION DE LA COTISATION 27

5.4 PAIEMENT DE LA COTISATION 27

5.5 DEFAUT DE PAIEMENT 27

6. AUTRES INFORMATIONS 28

6.1 SUBROGATION 28

6.2 PRESCRIPTION 28

6.3 EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION 29

6.3.1 EXAMEN DES RECLAMATIONS 29
6.3.2 MEDIATION 29
6.3.3 OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE 30

6.4 AUTORITE DE CONTROLE 30

6.5 RENONCIATION A L'ADHESION 30

7. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 31

7.1 DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 31

7.2 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES 32

7.3 DESTINATAIRES DES DONNEES PERSONNELLES 32

7.4 DROITS DE L'ADHERENT SUR SES DONNEES 32

8. DISPOSITIONS RELATIVES A LA DEMATERIALISATION ET AUX OPERATIONS EN LIGNE VALANT CONVENTION DE PREUVE 33

8.1 DEMATERIALISATION DES ECHANGES ENTRE L'ADHERENT ET MEILLEURTAUX SANTE 33

8.2 OPERATIONS TRANSMISES PAR VOIE ELECTRONIQUE (« OPERATIONS EN LIGNE ») 34

8.3 DISPOSITIONS DIVERSES 34

9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX 34

PREAMBULE

Le contrat d'assurance complémentaire santé **« Meilleurtaux Essentiel+ Santé »**, ci-après dénommé le **« Contrat »**, est un contrat collectif à adhésion facultative dont le numéro de police mère est **MTS_S_ESSPL_1225** régi par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.
Le Contrat est souscrit par l'Association ANASAP au profit de ses membres auprès de PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR.

Association : ANASAP (Association Nouvelle d'Assurance Santé Prévoyance), Association dont le siège social est situé au 95, rue d'Amsterdam – 75008 Paris. Association régie par la loi du 1er juillet 1901 – RNA : W751278034.

Assureur : PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, Société Anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 343 286 183, dont le siège social est situé au 19, rue d'Aumale CS 40019-75306 Paris Cedex 09, entreprise régie par le Code des assurances et relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Les statuts de l'Association souscriptrice sont remis à l'Adhérent lors de son Adhésion et sont disponibles sur simple demande adressée à l'Association souscriptrice, comme précisé au 1.3 – DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSOCIATION SOUSCRITRICE ET L'ASSUREUR.

En cas de résiliation du Contrat entre l'Association souscriptrice et l'Assureur :

- Aucune Adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- Chaque Assuré garanti par le Contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin naturelle des garanties.

L'Association souscriptrice et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le Contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents à l'Association souscriptrice ANASAP sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, l'Adhérent a la possibilité de résilier son Adhésion moyennant un préavis d'un (1) mois jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Le Contrat **Meilleurtaux Essentiel+ Santé** a été développé et négocié par Active Assurances, dénommée Meilleurtaux Santé au sein de la présente Notice d'information, qui, en accord avec l'Assureur et l'Association, commercialise le Contrat à titre exclusif via son propre réseau commercial.

Meilleurtaux Santé – Active Assurances
SAS au capital de 30 000 euros
Siège social : 95, rue d'Amsterdam • 75008 Paris
RCS Paris 527 496 699
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 10 058 420, Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

PREVOIR-VIE-GROUPE PREVOIR a confié la distribution et la gestion du Contrat à :

Meilleurtaux Santé – Active Assurances.
Siège social : Active Assurances, 95 rue d'Amsterdam – 75008 Paris
Désigné ci-après le « Gestionnaire ».

Meilleurtaux Santé, dans le cadre de la délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

Il est également précisé à l'Adhérent que la gestion et le paiement des prestations santé seront effectués par l'organisme :
iG Santé, marque d'Active Assurances, SAS au capital social de 30 000 euros, société inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le N°404 414 583 – Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le N°10 058 420, donc le siège social est situé au 95, rue d'Amsterdam, 75008 Paris, relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Toute demande de remboursement de prestation de frais de santé doit être adressée à :

iG Santé – Meilleurtaux Santé
95 rue d'Amsterdam, 75008 Paris CEDEX
meilleurtauxsante@igsante.fr

Pour compléter les garanties des Adhérents au Contrat, un contrat collectif d'assistance a été souscrit par Meilleurtaux Santé auprès de **MUTUAIDE ASSISTANCE** situé au 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX tel : 01.55.98.88.42 – S.A au capital de 12.558.240 euros entièrement versé – Entreprise régie par le Code des Assurances RCS 383 974 086 Créteil – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

Le détail des garanties d'assistance proposées aux adhérents figure en annexe de la présente Notice d'information.

L'Adhésion au Contrat se compose des documents suivants :
•La présente **Notice d'information,** qui définit les conditions d'application de l'Adhésion au Contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle informe l'Adhérent sur les risques non couverts et indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
•**Le Certificat d'Adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de l'Adhésion, les personnes assurées, le niveau de garanties retenu, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
•**Le tableau des garanties** joint, qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
•**La fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
•**Les statuts de l'Association.**

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable l'Adhésion au Contrat à laquelle les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'Adhésion au Contrat.

L'Adhérent peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur papier en adressant une demande à cet effet à Meilleurtaux Santé.

Dans la présente Notice d'information, le terme ***« Vous »*** désigne l'Adhérent au Contrat.

LEXIQUE

ACCIDENT : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine, directe et imprévisible, d'une cause extérieure, et non intentionnelle de la part de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

ADHESION À DISTANCE : Lorsque l'Adhésion au Contrat est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

ADHERENT : Le membre de l'Association personnellement affilié à un régime

d'assurance Maladie obligatoire français dont l'Adhésion au Contrat a été acceptée et qui paie les cotisations. Il est désigné au Certificat d'Adhésion.

ADHESION : L'Adhésion au Contrat est constituée du Bulletin d'Adhésion, de la présente Notice d'information, du tableau des garanties et du Certificat d'Adhésion qui matérialise l'acceptation de l'Adhésion par l'Assureur.

ANNEE D'ADHESION : Période d'un (1) an qui sépare la Date d'effet de l'Adhésion de sa première date anniversaire ou deux dates anniversaires. Le point de départ de la 1ère Année d'adhésion est la Date d'effet de l'Adhésion.

ASSOCIATION : Association Nouvelle d'Assurance Santé Prévoyance (ANASAP), Association dont le siège social est situé au 95, rue d'Amsterdam – 75008 Paris. Association régie par la loi du 1er juillet 1901.

ASSURÉ : Adhérent et ses éventuels Ayants Droit garanti(s) par le Contrat, tel(s) que désigné(s) au Certificat d'Adhésion. Personne sur la tête de laquelle repose les risques couverts.

ASSUREUR : PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, Société Anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 343 286 183, donc le siège social est situé au 19, rue d'Aumale CS 40019 – 75306 Paris Cedex 09, entreprise régie par le Code des assurances et contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

AVENANT : Le document établi par le Gestionnaire et envoyé à l'Adhérent concrétisant une modification de l'Adhésion au Contrat.

AYANT(S) DROIT :
Sont considérés comme ayants droit :
- le Conjoint de l'Adhérent,
- Les enfants :
  - Agés de moins de 18 ans, reconnus à charge de l'Adhérent ou celle de son Conjoint au sens du Régime Obligatoire duquel relève l'Adhérent ou son Conjoint,
  - Agés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - ❖ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - ❖ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve d'un justificatif,
    - ❖ qu'ils soient inscrits à France Travail en tant que primo demandeur d'emploi,
  - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie de l'allocation pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005 sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21eme anniversaire.

-Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le Régime Obligatoire de l'Adhérent ou celui de son Conjoint.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Permettant de calculer le remboursement de chaque acte médical. Ce tarif de base est défini par la nomenclature et le codage établis par l'assurance Maladie, il peut selon les actes être désigné par l'assurance Maladie sous différents termes :
-Tarif de Convention (TC) pour les actes effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance Maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
-Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non

conventionnés avec l'assurance Maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
-Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments d'origine) et est considéré comme base de remboursement des frais médicaux et paramédicaux.

BULLETIN D'ADHESION : Le document contractuel par lequel l'Adhérent manifeste sa volonté d'adhérer au Contrat. Il contient les informations nécessaires à l'établissement de l'Adhésion : identité et coordonnées de l'Adhérent, choix des garanties, la Date d'effet de l'Adhésion souhaitée, ainsi que les modalités de paiement des cotisations. En signant ce Bulletin, l'Adhérent reconnait avoir pris connaissance de la Notice d'Information et s'engage à en respecter les termes.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : Le document à valeur contractuelle confirmant l'acceptation par l'Assureur du Bulletin d'Adhésion et sur lequel figure le lieu de résidence, la Date d'effet de l'Adhésion, les personnes couvertes, les garanties souscrites, le montant de la cotisation ainsi que la durée de de l'Adhésion.

CHAMBRE PARTICULIERE : Prestation proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du Contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties joint, à hauteur du montant journalier qui y figure et que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (a minima une nuitée).

CONJOINT : est considéré comme Conjoint :
-L'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
-Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
-Le concubin de l'Adhérent.

Le Conjoint doit être âgé au moins de 40 ans (inclus) au jour de son adhésion.
En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

CONTRAT : Le contrat collectif à adhésion facultative Meilleurtaux Essentiel+ Santé souscrit par l'Association au profit de ses membres auprès de PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR.

DATE D'ECHEANCE DE L'ADHESION : Date de renouvellement de l'Adhésion à partir de laquelle la cotisation est due pour l'Année d'Adhésion à venir. Elle est fixée chaque année à la date d'anniversaire de la Date d'effet de l'Adhésion

DATE D'EFFET DE L'ADHESION : La date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies, sous réserve du paiement de la 1ère cotisation.

DELAI D'ATTENTE (OU DELAI DE CARENCE) : Période qui débute à la Date d'effet de l'Adhésion, pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie d'aucune prise en charge ou bénéficie d'une prise en charge partielle en cas de Sinistre.
Tout Sinistre survenant durant cette période ne donnera lieu à aucune prestation ou donnera lieu à une prestation limitée, même si la demande de remboursement est effectuée après l'expiration du Délai d'attente.

Durant cette période, l'Adhérent reste redevable de la cotisation globale afférente au Contrat.

DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : La partie des honoraires dépassant la base de

remboursement du Régime Obligatoire, non remboursée par le Régime Obligatoire.

FORFAIT : Montant payable par Assuré une fois par Année d'Adhésion. Le forfait équipement optique est versé une seule fois tous les deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf exceptions prévues dans la présente Notice d'information).
Le forfait aides auditives est versé tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

FRAIS REELS : Désignent, pour certaines dépenses, le montant total des frais de soins qui sont facturés. Ce remboursement au frais réel intervient dans la limite des montants facturés et pour la partie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

FRANCHISE MEDICALE : Somme d'argent qui est déduite par la Sécurité Sociale de chacun des remboursements de l'Assuré et qui reste à la charge de l'Assuré (en sont exonérés : les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement et les invalides de guerre) et dont les montants sont précisés à l'article D160-9 du Code de la Sécurité Sociale.
Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel tel que défini par la règlementation en vigueur. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le Contrat.

GARANTIES D'ASSISTANCE : Contrat collectif d'assistance souscrit par Meilleurtaux Santé auprès de Mutuaide dont la notice est annexée à la présente Notice d'Information.

GESTIONNAIRE : Meilleurtaux Santé intervient au titre de la gestion générale du Contrat ainsi qu'au titre de la gestion des demandes de devis/remboursement des prestations santé, avec le concours d'iG Santé (Groupe Meilleurtaux) pour la gestion des prestations.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION - HLF : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance Maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

HOSPITALISATION : Tout séjour pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une Maladie, une maternité ou un Accident garanti. À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré.

MALADIE : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

NOMENCLATURES DES ACTES DE LA SECURITE SOCIALE : Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes Obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

NOTICE D'INFORMATION : Le présent document remis à l'Adhérent qui définit

notamment les garanties, les exclusions et les modalités de mise en œuvre du Contrat.

NULLITE : C'est l'annulation pure et simple de l'Adhésion qui est censée alors n'avoir jamais existée.

OPTAM / OPTAM ACO : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :
-OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
-OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique.
Certains médecins/praticiens ont signé un contrat favorisant l'accès aux soins pour une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

PARCOURS DE SOINS : Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (dentistes, gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les patients de moins de 26 ans). On parle alors d'accès direct autorisé.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : En vigueur depuis le 1er janvier 2025, la participation forfaitaire est une contribution laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les Assurés à l'exception :
-Des enfants de moins de 18 ans ;
-Des femmes enceintes à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement ;
-Des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).
Le montant de la Participation forfaitaire est de deux (2) euros, plafonné à 4 actes ou consultations effectués par un même professionnel de santé et un même Assuré au cours de la même journée, soit un plafond de huit (8) euros par jour.
Le plafond de la Participation forfaitaire, est porté à cinquante (50) euros par année civile et par personne.
Cette Participation forfaitaire n'est pas remboursée par les complémentaires santé.

PARTICIPATION FORFAITAIRE SUR LES ACTES LES PLUS COUTEUX : Participation forfaitaire, s'appliquant sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60 euros dans la Nomenclature générale des actes de la Sécurité Sociale que le Régime Obligatoire peut laisser à la charge de l'Assuré, est prise en charge si l'Assuré bénéficie d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité Sociale.

PLAFOND ANNUEL DE REMBOURSEMENT : Seuil limite annuel de la prise en charge de l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par Année d'Adhésion, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

PERIODE DE GARANTIE : Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du Contrat sont acquises. Elle débute à la Date d'effet de l'Adhésion et cesse à la date de résiliation de l'Adhésion.

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'Assuré. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime légal d'assurance maladie français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit. La nature du régime peut varier en fonction du lieu de résidence de l'Assuré ou de la profession exercée par l'Assuré.

SECURITE SOCIALE : terme générique utilisé pour désigner le régime d'assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

SINISTRE : L'événement, l'Accident, la Maladie ou la maternité, mettant en jeu les garanties prévues au Contrat, alors que l'Adhésion au Contrat est en vigueur.

TELETRANSMISSION : permet à l'assurance maladie obligatoire d'envoyer directement à l'Assureur une copie informatique des décomptes de remboursement de l'Assuré, facilitant le paiement des frais médicaux dans un délai très rapide sans formalité pour l'Assuré.
Le système de Télétransmission Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs (NOEMIE) est le nom de la norme d'échange informatique utilisée pour la télétransmission des données (notamment des remboursements) entre le centre de Sécurité Sociale d'un Assuré et l'Assureur.

TICKET MODERATEUR - TM : Différence entre la base de remboursement et les remboursements du Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

TIERS PAYANT (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un Régime Obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance Maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

TRANSPORT : Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'Accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche.

1. INFORMATIONS GENERALES

1.1 OBJET DE L'ADHESION

L'Adhésion au Contrat a pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'Hospitalisation engagés par l'Adhérent et/ou ses Ayant(s) droit désigné(s) sur le Certificat d'Adhésion à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire d'assurance Maladie français dans la limite des garanties et du niveau de garanties choisi, tels qu'indiqués au tableau de garanties joint.

Seules les dépenses et frais de santé correspondant à une Hospitalisation ou à des soins reçus postérieurement à la Date d'effet de l'Adhésion, quelle que soit la date d'apparition de la Maladie, sont couverts au titre du Contrat.

Les garanties proposées ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale. A ce titre, le présent Contrat ne permet pas de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés aux « Contrats responsables ».

Les actes 100% Santé ne sont pas intégralement remboursés.

Les actes 100% Santé sont pris en charge uniquement à hauteur des forfaits prévus dans le Contrat.

1.2 OBJET DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE

L'Association souscriptrice a pour objet, dans l'intérêt de ses membres, de :

- Mener un rapprochement en vue d'une action et d'une collaboration commune de personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne ;
- Mener et gérer librement ce rapprochement dans l'intérêt de ses membres. Les membres lui donnent tout pouvoir pour déterminer et choisir librement ces personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne ;
- Mettre au point au profit des Adhérents des contrats de groupes d'assurance Santé aux conditions de garanties et de tarifs les plus favorables.

1.3 DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE ET L'ASSUREUR

Le Contrat a pris effet entre l'Assureur et l'Association souscriptrice ANASAP pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2025. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un (1) an, sauf dénonciation par l'Assureur et/ou l'Association souscriptrice notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, trois mois (3) au moins avant la date de renouvellement.

L'Association souscriptrice ne participe en aucun cas à la gestion du Contrat.
D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, il est convenu que l'Assureur donne mandat à Meilleurtaux Santé pour accomplir l'ensemble des formalités de gestion et d'information au titre du Contrat.

L'Association s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement. Les droits et obligations des Adhérents peuvent être modifiés par des Avenants au Contrat.

Une modification du Contrat peut être demandée indifféremment par l'Association souscriptrice ou par l'Assureur.

Les Adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation du Contrat trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation du Contrat entre l'Assureur et l'Association souscriptrice ANASAP est sans effet sur les Adhésions en cours qui resteront régis par la présente Notice d'information, ainsi que sur les droits aux prestations acquis avant la prise d'effet de la dénonciation. Il en est de même en cas de dissolution ou de liquidation de l'Association.
Aucune Adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée après la dénonciation du Contrat, la dissolution ou la liquidation de l'Association.
Les statuts de l'Association souscriptrice ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont disponibles sur simple demande adressée à l'Association souscriptrice à l'adresse suivante : 95, rue d'Amsterdam – 75008 PARIS.

1.4 CONDITIONS D'ADHESION

L'admission au Contrat en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

-être Adhérentes à l'Association,
-relever du Régime Obligatoire français,
-avoir au minimum 55 ans (inclus) pour l'Adhérent et au moins 40 ans (inclus) pour son Conjoint lors de l'Adhésion,
-avoir au maximum 90 ans (inclus) lors de l'Adhésion pour les Assurés,
L'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année de l'Adhésion et le millésime de l'année de naissance.
-résider à titre principal en France Métropolitaine (y compris Corse).

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice du Contrat.
Les affiliés au régime monégasque n'ont pas accès au Contrat.
Il est précisé que le Contrat est dit « solidaire » car l'Assureur ne recueille pas de données de santé sur les Assurés et ne calcule pas les cotisations en fonction de leur état de santé.

1.5 MODALITES D'ADHESION

Le candidat au Contrat, après avoir pris connaissance de la Notice d'Information, de l'IPID et du tableau des garanties joint, remplira et signera avec soin un Bulletin d'Adhésion comportant :

- Le niveau de garanties choisi,
- Des indications relatives à la situation personnelle (nom, prénom, numéro de Sécurité Sociale…) des éventuels Ayant droit.

Le niveau de garanties choisi sera ensuite identique pour les Ayants droits affiliés.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le Bulletin d'Adhésion, que la signature électronique, dans le cas d'une souscription par voie électronique.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au Contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée chaque mois. A ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

L'acceptation de l'Adhésion est conditionnée par la fourniture des informations et les réponses aux différentes questions. Elle est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion.
Tout Adhérent résilié dans le cadre d'une Adhésion au Contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via le Gestionnaire.

1.4 DATE D'EFFET ET DUREE DE DE L'ADHESION

L'Adhésion prend effet, après acceptation par l'Assureur via le Gestionnaire, et sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, à la date mentionnée au Certificat d'Adhésion. L'Adhésion est conclue pour une période initiale d'un (1) an à compter de sa Date d'effet. Elle se renouvelle chaque année par tacite reconduction sans intervention de l'Adhérent à la date d'anniversaire de la Date d'effet de l'Adhésion, pour des périodes successives d'un (1) an.

Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 1.7. RESILIATION DE L'ADHESION de la présente Notice d'information.

1.7 RESILIATION DE L'ADHESION

L'Adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

1.7.1 Résiliation par l'Adhérent

La résiliation peut être notifiée au Gestionnaire Meilleurtaux Santé selon les modalités suivantes, au choix de l'Adhérent :
– Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante :

MEILLEURTAUX SANTE
95 rue d'Amsterdam, 75008 PARIS

– Par tout autre support durable (tel qu'un courrier électronique) ;

– A l'aide du formulaire disponible sur l'espace Assuré mis à disposition par **MEILLEURTAUX SANTE ;**

– Par acte extrajudiciaire (exemple : signification par huissier).

L'Adhérent peut résilier son Adhésion :

– à la Date d'échéance de son Adhésion,

en adressant à l'Assureur au plus tard deux (2) mois avant la Date d'échéance annuelle prévue au Certificat d'Adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de la Date d'échéance à minuit. Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette notification.

– en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'Adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

– en cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'Adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

– à la Date d'échéance de son Adhésion, l'Adhérent peut procéder à la résiliation de son Adhésion à tout moment. La résiliation prendra alors effet un (1) mois à compter de la date de réception de la notification (article L113-15-2 du Code des assurances).

– au cours de la première Année d'Adhésion dans le cas où l'Adhérent est obligatoirement tenu de s'affilier, à titre professionnel, à un contrat d'assurance de groupe prévoyant le remboursement complémentaire des dépenses de santé. La résiliation prend effet au terme d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception des justificatifs par le Gestionnaire. A compter de la deuxième Année d'Adhésion, la résiliation s'effectue sans justificatifs selon les modalités indiquées au point précédent du présent article.

1.7.2 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'Adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions de l'article 5.5 Défaut de paiement ;

-En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent modifiant l'appréciation du risque assuré, à l'Adhésion ou en cours d'Adhésion, sans que la mauvaise foi de l'Adhérent soit établie. La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation (article L113-9 du Code des Assurances) ;

-En cas d'aggravation du risque en cours d'Adhésion (non liée à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant la notification du nouveau tarif, conformément aux dispositions de l'article L113-4 du Code des Assurances ;

-En cas de fraude ou tentative de fraude (production de documents falsifiés ou fausse déclaration intentionnelle) pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'Assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de Sinistre frauduleuse. La résiliation prendra effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

L'Assureur adresse la notification de résiliation en courrier recommandé avec accusé de réception (papier ou électronique) à la dernière adresse connue de l'Adhérent.

1.7.3 Résiliation de plein droit

L'Adhésion est résiliée de plein droit :

– En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;

– En cas de décès de l'Adhérent. En présence d'Ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation.

En cas de changement d'adresse de la résidence principale ou en cas de départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à trois (3) mois (en une ou plusieurs fois) de l'Adhérent La résiliation prend effet le 1er jour du mois après que l'Assureur a été informé du changement d'adresse ou du départ de l'Adhérent Si le changement d'adresse de la résidence principale ou le départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à trois (3) mois concerne un Ayant droit, celui-ci fera l'objet d'une radiation et ne sera plus garanti par le Contrat. En cas de radiation d'un ou plusieurs Ayants droit, l'Adhésion se poursuit avec les autres Assurés.

1.7.4 Conséquences de la résiliation

La résiliation de l'Adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

Les actes médicaux et les jours d'Hospitalisation antérieurs à la résiliation peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire sauf en cas de résiliation pour réticence ou fausse déclaration intentionnelle, pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, et en cas de production de documents falsifiés ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'Adhésion. Lorsqu'une résiliation intervient au cours d'une Période de garantie, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée à l'Adhérent par l'Assureur via le Gestionnaire, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation.

L'Assuré ne reçoit pas de prestation pour :

- Les soins effectués après la résiliation de l'Adhésion y compris ceux liés à une Hospitalisation ayant débutée avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un Accident antérieurs à la résiliation,
- Les Hospitalisations qui ont débuté après la résiliation de l'Adhésion.

1.8 DECLARATIONS A L'ADHESION ET EN COURS D'ADHESION

Les déclarations tant à l'Adhésion qu'en cours d'Adhésion, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'Adhésion et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

A l'Adhésion :

L'Adhérent est tenu de répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur le Bulletin d'Adhésion. Ces réponses conditionnent l'établissement de l'Adhésion et ses futures évolutions.

En cours d'Adhésion :

L'Adhérent doit déclarer au Gestionnaire, pour toute personne couverte par l'Adhésion, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'Adhésion, et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

•Tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, décès),
•Un changement d'état-civil,
•Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Assurés au Régime Obligatoire,
•Un changement de résidence principale ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à 3 mois (consécutifs ou non),
•Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
•Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
•L'acquisition de la Complémentaire Santé solidaire (CSS),
•La survenance d'un événement entraînant la cessation en qualité d'Ayant droit,
•L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours d'Adhésion doivent être faites à l'adresse suivante :

Meilleurtaux Santé,
95 rue d'Amsterdam ,75008 Paris

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance. **L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification**.

Fausse déclaration :

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque, erreur sur la date de naissance d'un des Assurés, entraîne l'application, selon le cas, des sanctions prévues au Code des assurances, c'est-à-dire la Nullité, la résiliation de l'Adhésion, l'augmentation de la cotisation ou la réduction des prestations (articles L. 113-8, L. 113-9 et L. 132-26).

Nullité : En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'Adhésion est nulle (article L.113-8 du code des assurances) et la cotisation payée demeure acquise à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

Résiliation - Augmentation de la cotisation : En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant Sinistre, l'Assureur pourra :

- résilier l'Adhésion dans les conditions de l'article 1.7.2 Résiliation par l'Assureur, en restituant à l'Adhérent la portion de la cotisation payée pour le temps où l'Adhésion ne court plus,
- ou augmenter la cotisation à due proportion, sous réserve d'acceptation par l'Assuré (article L.113-9 du code des assurances)

Réduction des prestations : En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée après un Sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de cotisation payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation (article L.113-9 du code des assurances).

2. LES GARANTIES

2.1 CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire de Sécurité Sociale français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre la Date d'effet de l'Adhésion et la date de résiliation de l'Adhésion.
En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates du devis et d'exécution des travaux doivent être situées dans la Période de garantie.

2.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date d'effet des garanties est indiquée au Certificat d'Adhésion. Les garanties produiront leurs effets à la date fixée au Certificat d'Adhésion, sous réserve du Délai d'attente applicable dans les conditions exposées ci-dessous. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la Date d'effet de l'Adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout Avenant au Certificat d'Adhésion.

Certaines garanties sont assorties d'un Délai d'attente courant à compter de la Date d'effet de l'Adhésion pour chaque Assuré.
La durée de ce délai d'attente est fixée à quatre-vingt-dix (90) jours pour les garanties suivantes :

- **les frais engagés au titre du poste Hospitalisation,**
- **les frais engagés au titre du poste dentaire.**

Pendant la durée du Délai d'attente, les frais exposés au titre des garanties citées ci-dessus donnent lieu à remboursement, plafonné au montant du Ticket modérateur restant à la charge de l'Assuré après remboursement par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf en cas d'Accident survenu après la Date d'effet de l'Adhésion.

2.3 CESSATION DE L'ADHESION

L'Adhésion est viagère, c'est à dire que l'Assureur s'engage à maintenir les garanties de l'Assuré toute sa vie durant. Elle cesse toutefois :

-dès que l'Assuré ne répond plus aux modalités mentionnées à l'article 1.4 Conditions d'Adhésion ;
-à l'égard de chaque Assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion ;
-dans les cas mentionnés à l'article 1.7 Résiliation de l'Adhésion.

2.3 ETENDUE TERRITORIALE DU CONTRAT

Le Contrat d'assurance frais de santé ne bénéficie qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine et Corse pour des frais engagés en France métropolitaine.
Il s'étend aux Accidents survenus et Maladies contractées dans le monde entier lors de voyages ou de séjours **n'excédant pas trois (3) mois par an** (consécutifs ou non).
Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le Régime Obligatoire en France.
Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du Ticket Modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la Sécurité Sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

2.4 GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le Contrat comporte plusieurs niveaux de garanties dont les prises en charge par poste sont détaillées dans le tableau de garanties joint.

Les montants de prise en charge s'entendent :
•Incluant la prise en charge du Régime Obligatoire,
•dans la limite du niveau de prise en charge indiqué dans le tableau de garanties et du niveau de garanties choisi indiqué sur le Certificat d'Adhésion.

Les montants de prise en charge, figurant dans le tableau de garanties joint, sont exprimés suivant le cas :
-en pourcentage de la base de remboursement BRSS en vigueur fixé par le Régime Obligatoire,
-en Frais Réels (FR),
-en montant exprimé en euros ; Ces montants représentent des plafonds de garantie.

L'Adhérent a la possibilité au moment de l'adhésion de souscrire à l'Option ECO.
L'option ECO permet l'application d'une réduction sur la cotisation.
L'Adhérent ayant souscrit à cette option, ainsi que l'ensemble des Ayant droit, ne bénéficieront alors pas de la prise en charge des garanties suivantes :

- Chambre particulière
- Lit d'accompagnement
- Téléphone, internet et télévision en cas d'Hospitalisation
- Médecine naturelle
- Médicaments prescrits non remboursés
- Tous équipements optique (monture et verre de Classe A ou B)
- La Cure thermale
- Forfait supplémentaire pour les cures thermales

Également sur les postes de soins suivants le remboursement sera limité à la prise en charge du Ticket Modérateur :

- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que Kinésithérapeute, Orthoptiste, Infirmier
- Analyses, examens de laboratoire, imagerie, radiologie, échographie, acte technique médical (ATM)

Cette option s'applique à tous les niveaux de garanties.

L'Adhérent conserve la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option ECO à l'issue de douze (12) mois complets d'Adhésion après la Date d'effet de son Adhésion ou de sa dernière modification de niveau de garanties, moyennant un préavis de deux (2) mois au moins. A la suite de la première Adhésion à l'option ECO, toute résiliation sera définitive.

Toute nouvelle adhésion à cette option sera exclue.

L'Adhérent a consenti à l'Adhésion au Contrat « non responsable » et ne bénéficie donc pas d'une prise en charge intégrale des actes 100% Santé.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluent la prise en charge du Régime Obligatoire (RO). Les montants exprimés en euros interviennent en inclusion de l'éventuelle part du Régime Obligatoire. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par Assuré et par Année d'adhésion, soit par période de douze (12) mois successifs à compter de la Date d'effet de l'Adhésion.

Un seul niveau de garanties doit être souscrit pour une même famille.
Le total des remboursements du Régime Obligatoire, de la part Assureur et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et le cas échéant des Prix limites de vente (PLV) ou des Honoraires limites de facturation (HLF). Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.
Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par Assuré et par Année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la Date d'effet de l'Adhésion.
Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogations prévues dans la présente Notice d'information.
Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.
Lorsque la prise en charge des actes non pris en charge par la Sécurité Sociale est expressément prévue dans le tableau des garanties, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

Hors équipement optique et aides auditives, les montants exprimés en euros sont alloués par Année d'Adhésion soit par période de douze (12) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Le remboursement ne pourra être inférieur au Ticket Modérateur lorsque l'acte est pris en charge par le Régime Obligatoire.

HOSPITALISATION

- Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations Hospitalisation, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale fixé par arrêté.
Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout séjour supérieur à vingt-quatre (24) heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.
Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires suivants :

- les établissements de médecine et de chirurgie,
- les établissements obstétriques et odontologiques,
- les établissements et unités spécialisés :
    - de psychiatrie,
    - de soins de suite
    - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).
Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une Hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements de gérontologie, les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne sont pas pris en charge.

- Frais de séjour

En cas d'Hospitalisation, est pris en charge l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'Assuré après un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

- Honoraires :

Le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'Hospitalisation à domicile est pris en charge, tel qu'exprimé au tableau de garanties.
Le niveau de remboursement ne varie pas selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention nationale médicale.

- Chambre particulière (hors Hospitalisation psychiatrique)

Les frais de Chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité sont pris en charge dans la limite du montant exprimé par jour dans le tableau de garanties.

- Transport du malade (hors cures thermales)

Dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin, le transport est pris en charge.

- Le Forfait Patient Urgence (FPU)

Le FPU correspond à la Participation forfaitaire à la charge des Assurés en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une Hospitalisation.

- Frais d'accompagnant

Est pris en charge, en cas d'Hospitalisation d'un Assuré, le versement d'un forfait exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de téléphone, internet et télévision et les frais de lit de l'accompagnant.

SOINS COURANTS

- Les honoraires médicaux de médecins spécialistes et généralistes

Le niveau de remboursement ne varie pas selon que le médecin est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention nationale médicale.
Sont pris en charge :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes) ;
- les frais d'actes techniques (de radiologie, d'imagerie médicale).

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

- Les honoraires paramédicaux

Les actes facturés par des auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, kinésithérapeutes et sagefemmes) qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale sont pris en charge.

- Analyses et examens de laboratoires

Les frais d'analyse, les frais consécutifs à des actes de prélèvement et les frais d'examens qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale sont pris en charge.

- La Participation forfaitaire aux actes lourds (visée aux articles L.160-14 et R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale)

La Participation forfaitaire aux actes lourds correspond à la Participation forfaitaire laissée à la charge des Assurés pour les actes dont le coût est supérieur à 120 euros ou affectés d'un coefficient supérieur ou égale à 60.

- Le matériel médical (hors prothèses auditives et accessoires optiques)

Les prothèses orthopédiques, prothèses capillaires et mammaire, gros et petit appareillage (cannes, apnée du sommeil, lit médical, fauteuil roulant, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses,...) remboursés par la Sécurité Sociale sont pris en charge.

- Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire

La liste de ces médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité Sociale est disponible sur le site internet medicaments.gouv.fr

- Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire

La liste de ces médicaments est disponible dans les pages blanches du Vidal.

OPTIQUE

Dans le cadre du Contrat, l'Assuré ne bénéficie pas intégralement du remboursement des frais entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé. Par conséquent, les équipements 100% Santé seront pris en charge à hauteur des forfaits prévus par niveau à l'identique des équipements hors 100% Santé.

L'ensemble des équipements bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite du niveau de garanties choisi et mentionné sur le tableau de garanties. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'Assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du tableau de garanties intègrent la prise en charge du Régime Obligatoire.

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur par période de deux (2) ans.
Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Les prestations s'appliquent par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle sous réserve de la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :
-variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
-variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
-somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
-variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
-variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
-variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres
Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :
-pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
-pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

DENTAIRE
Les soins et prothèses dentaires 100% Santé seront pris en charge à hauteur des forfaits prévus tel que les soins et prothèses dentaires hors 100% Santé.
Seuls sont pris en charge les soins et prothèses remboursé par le Régime Obligatoire.

AIDES AUDITIVES
Les garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le Régime Obligatoire.
Dans le cadre de la présente adhésion, l'Assuré ne bénéficie pas intégralement du remboursement des frais entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé.
Par conséquent, les équipements 100% Santé seront pris en charge à hauteur des forfaits prévus tel que les équipements hors 100% Santé.

L'ensemble des équipements bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite du niveau de garanties choisi et mentionné sur le tableau de garanties. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'Assuré.

Les montants en euros des forfaits aides auditives du tableau de garanties intègrent la prise en charge du Régime Obligatoire.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) par aide auditive.
Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

PREVENTION ET BIEN-ETRE

- Médecines naturelles

L'Assuré bénéficie d'un forfait prenant en charge des frais non remboursés par la Sécurité Sociale et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle : ostéopathe, diététicien, pédicure-podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologue et ergothérapeute. Ce forfait est exprimé par Assuré et par Année d'adhésion.
Ces actes doivent avoir été réalisés par des professionnels de santé diplômés d'un établissement de formation agréé par le ministère de la Santé.
Le forfait est à utiliser librement sur les différentes prestations. Si les prestations ne sont pas prises en charge par le Régime Obligatoire, l'intervention se fait à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.
Si les actes effectués par les pédicures, podologues pratiquant des dépassements d'honoraires, engendre un reste à charge pour l'Adhérent, le forfait médecine naturelle pourra intervenir à hauteur de la dépense engagée et ce, dans la limite du montant du forfait indiqué, telle que visée dans le tableau de garanties.

- Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale

Sont pris en charge les soins de cure thermale remboursés par la Sécurité Sociale et certains frais annexes (frais de transport et d'hébergement) pris en charge par la Sécurité Sociale.
Dans le cadre de ces frais, chaque Assuré bénéficie, d'un forfait exprimé en euros et par Année d'adhésion.

Sur la majorité des postes de garanties pris en charge, les plafonds sont exprimés par Année d'Adhésion et par Assuré. Ils se renouvellent chaque année à l'anniversaire

de la Date d'effet de l'Adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le poste « équipement monture et verre » s'apprécie sur une période de deux ans (2) à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf exceptions : cf. paragraphe « Optique »). Le poste « aides auditives » s'apprécie sur une période de quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

2.5 EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties du Contrat :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la Date d'effet de l'Adhésion ou postérieurement à la date de cessation de l'Adhésion ;
- les séjours en Instituts Médico-Educatifs, en Maison d'accueil Spécialisée et établissements similaires ;
- les séjours en gérontologie, en centres hospitaliers (Unités de Soins de Longue Durée) et assimilés pour personnes âgées dépendantes, en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et établissements similaires, et les Hospitalisations en longs séjours ;
- les soins esthétiques (sauf ceux pris en charge par la Sécurité Sociale) ;
- les cures de toute nature (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie Prévention et Bien-être) et la thalassothérapie ;
- la Participation forfaitaire légale et les Franchises médicales qui restent à la charge des Assurés ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du Parcours de soins coordonnées ;
- les frais de soins non pris en charge par la Sécurité Sociale et/ou ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, sauf disposition contraire mentionnée au tableau de garanties ;
- les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée.

Ne donnent droit à aucun remboursement :

- la Participation forfaitaire et la Franchise médicale prévues à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du Parcours de soins coordonnés :
- la majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

2.6 LIMITE DE REMBOURSEMENTS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2

alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale.
Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa Date d'effet d'Adhésion. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenus du Régime Obligatoire et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus.

2.7 CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le Contrat ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » prévu aux articles L.8717-1, R.871-1 et R.817-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les actes des paniers de soins 100% Santé ne seront remboursés qu'à hauteur des pourcentages ou forfaits prévus sur chaque niveau de garanties.

Les différents niveaux de garanties du Contrat sont Non responsables. Elles ne respectent pas les conditions du cahier des charges des contrats responsables.
A ce titre, le Contrat ne permet pas de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés à ce dispositif.

L'accès au Contrat et aux garanties proposées par le Contrat sont acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

3. MODIFICATION DES GARANTIES

3.1 A LA DEMANDE DE L'ADHERENT

3.1.1 A la Date d'échéance

L'Adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garanties par écrit et au plus tard deux (2) mois avant la Date d'échéance de l'Adhésion.
Toutefois, une diminution du niveau de garanties ne sera acceptée qu'après un délai de douze (12) mois d'Adhésion minimum suivant la Date d'effet de l'Adhésion ou la date d'effet d'un Avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.
L'augmentation de garantie se limite à deux (2) niveaux consécutifs maximums.

3.1.2 Hors la Date d'échéance

L'Adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garanties à titre exceptionnel dans le cas d'un changement de situation familiale.
La modification du niveau de garanties de l'Adhérent et ses Ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'Avenant formalisant l'acceptation de la modification par l'Assureur et ayant valeur d'Avenant contractuel.

3.1.3 Modification de la cotisation à la suite d'une évolution du niveau de garanties

En cas de modification du niveau de garanties entrainant une évolution de la cotisation, celle-ci sera ajustée en conséquence à la date d'effet de la modification et sera précisée au sein de l'Avenant.

En cas de modification du niveau de garanties entrainant une évolution de la cotisation, la différence de cotisation entre l'ancienne et la nouvelle sera mentionnée dans l'Avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé au Gestionnaire conformément aux dispositions de l'article 5 COTISATIONS. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée

sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

3.2 A LA DEMANDE DE L'ASSUREUR

L'Adhésion peut être modifiée sur proposition de l'Assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires.
Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux (2) mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'Adhérent sera informé par courrier simple, le Gestionnaire étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'Adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'Adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente (30) jours suivant son exécution.
En cas de refus d'une modification par l'Adhérent, celui-ci peut résilier son Adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La cotisation ou le prorata de cotisation restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

3.3 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROITS

3.3.1 A la Date d'échéance

L'Adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit à la Date d'échéance de l'Adhésion, en prévenant le Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant la Date d'échéance de l'Adhésion.
Les Ayants droits bénéficient, automatiquement du même niveau de garanties que l'Adhérent, quel que soit leur date d'affiliation au Contrat.

3.3.2 Hors la Date d'échéance

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit, d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet auprès du Gestionnaire : Meilleurtaux Santé, 95 rue d'Amsterdam, 75008 Paris :
•dans un délai de deux (2) mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
•dans un délai de quinze (15) jours suivant cet événement pour les autres demandes,

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit, l'ajout de l'Ayant droit prendra alors effet :
•à la date de naissance du nouveau-né,
•à la date de jugement d'un enfant adopté,
•à la date de l'union avec son Conjoint,
•à la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'Adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives. Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement. La modification de l'Adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit :

- à la date du décès,
- à la date de séparation ou de divorce,
- à la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime

Obligatoire.
Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur ou son Gestionnaire pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être assuré, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celles-ci.
En cas d'ajout ou de sortie d'Ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'Avenant.
S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé au Gestionnaire conformément aux dispositions de l'article 5. COTISATIONS. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

3.4 ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties, la tarification et les modalités de mise en jeu du Contrat ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.
Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du Contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles. L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de son Adhésion, sans application du délai de préavis.

4. PRESTATIONS

4.1 REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a choisi et qui figure au Certificat d'Adhésion.
Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :

iG Santé – Meilleurtaux Santé
95 rue d'Amsterdam ,75008 Paris
meilleurtauxsante@igsante.fr

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance Maladie.
Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance Maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties joint.

Le gestionnaire des prestations iG Santé procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de dix (10) jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés sur le site : https://espaceclient.sante.meilleurtaux.com

4.2 TELETRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, une télétransmission informatique des décomptes de prestations du Régime Obligatoire est mise en place.
Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre Régime Obligatoire. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette

liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les Assurés inscrits.
Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les assurés doivent adresser à iG Santé les décomptes originaux des prestations délivrés par le Régime Obligatoire pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique…), l'Assuré doit envoyer à iG Santé les factures originales et acquittées.

Dans tous les cas, l'Assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'Assuré d'informations ou justificatifs complémentaires.
Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte du droit à la prestation concernée.

La date des soins prise en compte est celle retenue par le Régime Obligatoire sur le décompte.

4.3 TIERS PAYANT

L'Adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.
Le Tiers Payant permet aux Assurés d'être dispensé d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux.
Pour faciliter l'accès aux soins, l'Assureur a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements ou prestataires auxquels elle a recours, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. Ce dispositif s'étend aux dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.
L'Assureur assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par l'Adhérent, ou le cas échéant, par ses Ayants droit.
En cas de suspension ou de résiliation de son Adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant et celles de ses Ayants droit. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

4.4 JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer à iG Santé, 95 rue d'Amsterdam, 75008 Paris, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant son numéro d'Adhésion dans un délai maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
La médecine courante	Les décomptes originaux des prestations du Régime Obligatoire.
L'Hospitalisation	L'original du décompte des prestations du Régime Obligatoire. Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le Régime Obligatoire.
L'optique	L'original du décompte du Régime Obligatoire ; la facture détaillée établie par l'opticien. La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées. Bon de livraison des verres Pour les lentilles et lunettes : une ordonnance en cours de validité.
Le dentaire	L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par le dentiste ou chirurgien-dentiste. Pour les implants : le passeport implantaire Pour les prothèses : la

	déclaration de conformité.
La chirurgie réfractive	L'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
Les appareillages	L'original du décompte du Régime Obligatoire ; la facture détaillée.
Vaccins et contraception non remboursés	La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.
La médecine naturelle non remboursée	Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à iG Santé, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.
Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, Meilleurtaux santé et iG Santé se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.
Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

4.5 DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par l'Assuré intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le Gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de deux (2) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

4.6 CONTROLE DES PRESTATIONS ET EXPERTISE – DECHEANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le gestionnaire des prestations IG Santé, peut demander à l'Assuré bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil de IG Santé, l'Assuré bénéficiaire des prestations les transmet sous pli confidentiel à ce dernier.

Sous peine de déchéance, l'Assuré bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En cas de demande de prestations, le gestionnaire des prestations IG Santé peut mandater un médecin de son choix pour contrôler l'état de santé d'un Assuré. Les honoraires de ce médecin sont à la charge de IG Santé.
L'Assuré a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix, dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France. Les frais et honoraires du médecin que l'Assuré a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.
Le gestionnaire des prestations IG Santé peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'assurance maladie sur tout remboursement du Régime Obligatoire ainsi

que tout professionnel de santé ayant réalisé une facturation de soins à l'Assuré bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par l'Assuré.

En fonction du résultat de ces contrôles, le gestionnaire des prestations IG santé se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente Notice d'information, la prise en charge des soins dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, toute production intentionnelle par un des Assurés de documents falsifiés ou de déclaration fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

En cas de fraude ou tentative de fraude avérée, de refus de se soumettre à une expertise ou de produire tout renseignement ou document complémentaire demandé, ou de production de document incomplet, inexacts ou mensongers à l'occasion d'un Sinistre ou de versement des prestations, le gestionnaire des prestations IG Santé :

- **procède à la demande de restitution des frais versés à l'Assuré le cas échéant ;**
- **se réserve le droit de procéder à la résiliation de l'Adhésion conformément à l'article 1.7.2 RESILIATION PAR L'ASSUREUR, et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue. L'avis du médecin désigné s'impose aux parties.
Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.
Les frais et honoraires du troisième médecin sont partagés par les parties.

De convention expresse, l'Assuré bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions.
En cas de refus de l'Assuré bénéficiaire des prestations, l'Assureur ou son Gestionnaire pourra s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

4.7 RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

L'Assureur s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

5. COTISATIONS

5.1 MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est fixée au Certificat d'Adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.
Elle tient compte du Régime Obligatoire de l'Adhérent, des garanties choisies, de l'âge des Assurés et du département de résidence principale de l'Adhérent. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.
La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

5.2 VARIATION DE LA COTISATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses Ayants droit à la Date d'échéance de l'Adhésion.
En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de :
•modification de la législation notamment sociale ou fiscale,
•changement de garanties,
•changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie,
•ajout ou sortie d'un Ayant droit,
•changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

En cas de modification du taux de taxe applicable au Contrat ou d'un prélèvement

indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires, et entrainera une modification du montant de la cotisation.

Par ailleurs, en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant Sinistre, l'Assureur pourra augmenter la cotisation à due proportion, sous réserve d'acceptation par l'Assuré (article L.113-9 du code des assurances), conformément à l'article 1.8 DECLARATION A L'ADHESION ET EN COURS D'ADHESION.

5.3 REVISION DE LA COTISATION

L'Assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en cas :
-de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale,
-de décision de déremboursement substantiel ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier l'économie du Contrat, la nature du risque assuré et son évaluation par l'Assureur,
-des résultats techniques des garanties. Par ailleurs, les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la Date d'échéance de l'Adhésion.

Dans tous les cas, le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur l'avis d'échéance.

L'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'Adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance, conformément à l'article 1.7 RESILIATIONDE L'ADHESION.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de majoration proposée.
La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajoutée en application de dispositions légales.

5.4 PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent :
-périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle lorsque l'Adhérent opte pour le prélèvement automatique ;
-ou bien annuel lorsqu'il opte pour le paiement par chèque.

En cas d'Adhésion ou de résiliation en cours de mois, les cotisations sont calculées prorata temporis. L'Adhérent, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée à partir de la Date d'effet de l'Adhésion et jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de décès, la cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.
Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.
En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.

5.5 DEFAUT DE PAIEMENT

Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de sa date d'échéance, l'Assureur peut, indépendamment de son droit de poursuite en justice et conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances :
- adresser à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties seront alors suspendues trente (30) jours après l'envoi de cette lettre. La suspension des garanties entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le Contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix (10) jours suivant la suspension

des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

- À défaut de paiement, l'Adhésion sera automatiquement résiliée dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours précité, conformément à l'article 1.7.2 RESILIATION PAR L'ASSUREUR. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à l'Assureur à titre de dommages et intérêts et ce dernier pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'Adhérent.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par l'Adhérent, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de vingt-cinq (25) euros.

6. AUTRES INFORMATIONS

6.1 SUBROGATION

L'Assureur est subrogé de plein droit à l'Adhérent victime d'un Accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.
Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'Accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise.

6.2 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1 - En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.
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.

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. »
Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :
« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.
Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

6.3 EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION

6.3.1 EXAMEN DES RECLAMATIONS

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. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

La réclamation peut se formuler par écrit au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- Par courrier adressé à : Meilleurtaux Santé Service Réclamations, 95 rue d'Amsterdam 75008 Paris, en précisant son numéro d'Adhésion,
- Par e-mail adressé à reclamationsante@meilleurtaux.com en précisant son numéro d'Adhésion.

Meilleurtaux Santé en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

6.3.2 MEDIATION

L'Adhérent à la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'une réponse lui ait été apportée ou non.
Me Médiateur de l'Assurance pourra examiner votre demande uniquement si aucune action judiciaire n'a été engagée. Votre saisine doit intervenir dans un délai maximum d'un (1) an à compter de votre réclamation écrite.

Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les trois (3) mois. L'avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir le Médiateur :
• par voie électronique : La Médiation de l'assurance - Saisir le médiateur (mediation-assurance.org)
• ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Votre saisine du Médiateur devra être

accompagnée d'un dossier complet, comportant notamment le résumé de votre litige, l'ensemble des échanges avec Meilleurtaux Santé et la copie de votre Adhésion.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

Si l'Adhérent a adhéré au Contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/consumers/odr

6.3.3 OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément à l'article L 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel il n'a pas de relations contractuelles préexistantes, peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de Worldline Service Bloctel – CS 61311 41013 Blois Cedex.

6.4 AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le Contrat est : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4, Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

6.5 RENONCIATION A L'ADHESION

En cas d'Adhésion à distance, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L112-2-1 du Code des Assurances. L'Adhérent peut renoncer à son Adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'Adhésion est conclue. Cette date correspond à la date figurant au Certificat d'Adhésion ;
- Soit à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure.

Pour exercer sa faculté de renonciation, l'Adhérent doit adresser à Meilleurtaux santé sa demande par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique soit :

A l'adresse postale : Meilleurtaux Santé – 95, rue d'Amsterdam – 75008 PARIS

A l'adresse électronique : resiliationsante@meilleurtaux.com en reprenant la mention suivante :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à mon Adhésion au Contrat Meilleurtaux Essentiel+ Santé souscrit le …….. et demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues (le cas échéant)».

L'intégralité de la Cotisation reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un Sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

L'Adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. Dans ce cas, lorsque celui-ci exerce son droit, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la cotisation correspondante à la période d'Adhésion, à l'exclusion de toute pénalité.

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 trente (30) jours.

Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. L'exercice de la faculté de renonciation met rétroactivement fin à toutes les garanties de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée.

Dès lors qu'il a connaissance d'un Sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

7. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

7.1 DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'Assureur, Meilleurtaux Santé et le cas échéant leurs partenaires sont amenés à collecter les données personnelles de l'Adhérent dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).
L'Adhérent peut se référer à la Politique de protection des données régulièrement actualisée accessible en ligne sur le site www.meilleurtauxsante.com

MEILLEURTAUX SANTE, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, pour la gestion et l'exécution du Contrat ainsi que pour les relations avec ses clients.
Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins du client ;
- La réalisation d'études marketing et la personnalisation de la relation client ;
- La prospection commerciale, sauf si le client s'y est opposé ;
- La souscription, la gestion administrative et commerciale du Contrat et des services associés,
- la réalisation d'opérations de fidélisation,
- la détection et la prévention de la fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'intérêt légitime de l'Assureur et des obligations légales et réglementaires issues notamment des dispositions des Codes des assurances, de la consommation, des impôts et monétaire et financier,
- la réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- la réponse aux obligations légales.

L'Assureur, MEILLEURTAUX SANTE, et IG Santé (gestionnaire des prestations) responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, pour la gestion et l'exécution du Contrat ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- La gestion des Sinistres ;
- La gestion des réclamations concernant la gestion des Adhésions et des Sinistres ;
- La réalisation de statistiques et d'études actuarielles ;
- La détection et la lutte contre la fraude ;
- La réponse aux obligations légales.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Assureur et de MEILLEURTAUX SANTE, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

7.2 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des Adhésions sont conservées durant toute la relation avec les entités Responsables Conjoints de Traitements visées ci-dessus, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'une Adhésion, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de cinq (5) ans à compter du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.
En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées cinq (5) ans maximums à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois (3)ans maximums après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

7.3 DESTINATAIRES DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :
•aux services de Meilleurtaux Santé et de l'Assureur et de iG santé ainsi qu'à toutes autres entités de leur Groupe dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle,
•aux réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du Contrat (ex : assureur du tiers victime),
•à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux, ...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance ou l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Si des données personnelles doivent font l'objet de transferts vers des pays tiers à l'Union Européenne, les Responsables de Traitements Conjoints prendront toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment à l'aide de Clauses Contractuelles Types émises par la Commission Européenne) et veiller à ce que la protection des données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité des droits des Adhérents.

7.4 DROITS DE L'ADHERENT SUR SES DONNEES

•Droit d'accès : l'Adhérent peut obtenir des informations concernant le traitement de ses données ainsi qu'une copie de ces données ; (concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ;
•Droit de rectification : si les données sont inexactes ou incomplètes, l'Adhérent peut demander qu'elles soient modifiées ou complétées ;
•Droit d'opposition au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone il peut aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la

liste d'opposition nationale BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr);
•Droit à la limitation des données à caractère personnel ;
•Droit à l'effacement : l'Adhérent peut demander l'effacement de ses données sous réserve de l'application de son Adhésion ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'Assureur ;
•Droit à la portabilité des données : l'Adhérent peut demander que les données personnelles qu'il a personnellement fournies lui soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
•Droit de l'Adhérent de retirer son consentement si l'utilisation des données est fondée sur l'autorisation spéciale et expresse de l'Adhérent ;
•Droit de l'Adhérent de définir des directives relatives au sort des données à caractère personnel après son décès.
Ces droits peuvent s'exercer auprès de Meilleurtaux Santé par un courrier adressé au

DPO 95 ,rue d'Amsterdam,75008 Paris
ou par email à
dpo-sante@meilleurtaux.com

L'Adhérent peut également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : https://www.cnil.fr ou 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

8. DISPOSITIONS RELATIVES A LA DEMATERIALISATION ET AUX OPERATIONS EN LIGNE VALANT CONVENTION DE PREUVE

8.1 DEMATERIALISATION DES ECHANGES ENTRE L'ADHERENT ET MEILLEURTAUX SANTE

Chaque document contractuel mis à disposition de l'Adhérent peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF destiné à être durablement conservé. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'Adhérent pendant un délai conforme aux exigences légales.

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'Adhésion à distance par téléphone ou par Internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés seront opposables à l'Adhérent et pourront être admis comme preuve de son identité, de celle de ses Ayants droit et de son consentement relatif, tant à l'Adhésion au Contrat, qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la présente Notice d'information.

Dès lors que l'Adhérent transmet à Meilleurtaux Santé une adresse de courrier électronique valide, celui-ci pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques à l'Adhérent par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail).

À ce titre, Meilleurtaux Santé vérifiera la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant l'Adhérent à cliquer sur un lien aux fins de validation. L'Adhérent est informé que Meilleurtaux Santé reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec l'Adhérent et de considérer que ce moyen est adapté à la situation de l'Adhérent.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'Adhérent ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par Meilleurtaux Santé comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors à l'Adhérent, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter Meilleurtaux Santé pour la remise en place du service. Il appartient à l'Adhérent d'aviser immédiatement

Meilleurtaux Santé de tout changement d'adresse e-mail. L'Adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par Meilleurtaux Santé sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par Meilleurtaux Santé.
Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'Adhérent pourra adresser sa demande par courrier à l'adresse suivante :

Meilleurtaux Santé
95, rue d'Amsterdam 75008 Paris,

en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail.

8.2 OPERATIONS TRANSMISES PAR VOIE ELECTRONIQUE (« OPERATIONS EN LIGNE »)

Durant la durée de son Adhésion, l'Adhérent a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet de Meilleurtaux Santé.
Le site mis à disposition de l'Adhérent lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations de l'Adhérent sur le site sont transmises directement par voie électronique à Meilleurtaux Santé qui les exécute comme demandes d'opérations de l'Adhérent, dans les délais éventuellement prévus dans la Notice d'information, courant à compter de la demande ou de la validation de l'Adhérent. Ces demandes et validations sont, aux termes du Contrat, des opérations en ligne.
Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation.
Les opérations en ligne sont réservées aux Adhérents, majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux Ayants droits.

Certains actes, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

L'Adhérent reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de son Adhésion au Contrat.

8.3 DISPOSITIONS DIVERSES

L'Adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont l'Adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assureur ou Meilleurtaux Santé sont fondés, dans le cadre du respect de leurs obligations de vigilance et de contrôle, à demander à l'Adhérent toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'Adhésion ou à sa modification et soumettre la recevabilité d'une opération à la production des justificatifs demandés.

ANNEXE 1 : NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT MEILLEURTAUX ASSISTANCE N°10306

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT ASSISTANCE N°10306

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

MUTUAIDE ASSISTANCE
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

- **par téléphone de France : 01.55.98.88.42**

(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)

- **par téléphone de l'étranger : 33. 1.55.98.88.42 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international**

(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)

- **par télécopie : 01. 45.16.63.92**
- **par e-mail :** oquotidien@mutuaide.fr

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le numéro de votre contrat,
- Votre nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

- Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

- **Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.**

- ***Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.***

TABLEAU DE GARANTIES	
INFORMATIONS ET CONSEILS	**PLAFOND**
- Information Conseil vie quotidienne - Analyse de devis dentaire et/ou optique - Soutien psychologique	Informations Informations 3 entretiens téléphoniques
GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE	**PLAFOND**
EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE - Aide-ménagère (a) - Livraison de médicaments (b) - Garde d'enfants (c) - Visite d'un proche (d) - Recherche et envoi d'un intervenant médical ou paramédical (e) - Garde des animaux domestiques (f) - Mise à disposition d'un véhicule médical (g)	(a) 2 heures minimum / Maximum 20 heures reparties pendant l'immobilisation ou durant le mois qui suit l'hospitalisation (b) Frais de livraison (c) 20 heures réparties sur 3 jours (d) Titre de transport A/R en train 1ère classe + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Maximum 6 nuits. (e) Aide et recherche (f) 200 € par an (g) Aide et recherche
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES	**PLAFOND**
1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT COPOREL - Rapatriement médical (A) - Visite d'un proche (A)	Frais réels (A) Titre de transport Aller/Retour en train 1ère classe ou avion classe économique + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Max 6 nuits

- Rapatriement des personnes accompagnantes (B)	(B) Titre de transport en train 1ère classe ou avion classe économique
- Frais médicaux à l'Etranger (C) ✓ Soins dentaires	(C) 8 000 € par personne et par an 100 €
- Retour anticipé (D)	(D) Titre de transport Aller / Retour en train 1ère classe ou avion classe économique Ou Titre de transport Retour en train 1ère classe ou avion classe économique pour le Bénéficiaire et 1 personne accompagnante assurée
2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER	
- Rapatriement de corps ✓ Frais de cercueil	Frais réels 500 €
- Formalités décès	Titre de transport Aller / Retour en train 1ère classe ou avion classe économique

ARTICLE 1 - DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

Nous, l'Assureur
MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX. SA au capital de 15 180 660 €– Entreprise régie par le Code des Assurances - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Bobigny –
TVA FR 31 383 974 086.

Accident corporel
Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible, constituant la cause du dommage et constatée par une autorité médicale compétente. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Animal domestique :
Tout animal vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

Adhérent :
Désigne toute personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance santé souscrit auprès de Meilleurtaux Santé.

Bénéficiaires:
Est considéré comme Bénéficiaire l'Adhérent au contrat d'assurance santé souscrit auprès de Meilleurtaux Santé, ainsi que les personnes suivantes :

• son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
• leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
• les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
• le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente notice d'information, les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

Certificat médical descriptif :
Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

Domicile :
Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé obligatoirement en France Métropolitaine.

Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

France métropolitaine :
Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Etranger
Par « Etranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

Hospitalisation :
Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident corporel.

Immobilisation du bénéficiaire au domicile :
Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

Maladie:
Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin traitant :
Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le bénéficiaire auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nous organisons :
Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

Nous prenons en charge :
Nous supportons le coût de la prestation.

Nullité
Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

Proche du bénéficiaire :
Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France métropolitaine.

Territorialité :
- Pour les garanties d'information et conseils et les garanties d'assistance santé : la France
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement : la France et le monde entier, à plus de 50 km du domicile du Bénéficiaire.

ARTICLE 2 – INFORMATIONS ET CONSEILS

Les services de renseignements téléphoniques et de mise en relation avec des prestataires visent à apporter un soutien et une solution concrète aux problèmes et événements de vie quotidienne auxquels chacun se trouve confronté dans les domaines suivants, considérés comme particulièrement sensibles.

Le service est disponible et mobilisable 24H/24 et 7J/7. Les prestations de renseignement et d'information sont exclusivement fournies du lundi au samedi entre 8H00 et 19H00 et dans des délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Cependant, quels que soient le jour et l'heure de l'appel, nous accueillons et notons votre demande.

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

INFORMATIONS CONSEIL VIE QUOTIDIENNE

Nous recherchons les informations pratiques à caractère documentaire, notamment dans les domaines suivants :

INFORMATIONS SANTE

- numéros de téléphone d'urgence,
- vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
- associations spécialisées,
- centres de cure, de thalassothérapie,
- centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
- pathologie et traitement, évolution de la maladie, risque de contagion,
- établissements spécialisés,
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités…

INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION

- les droits du consommateur, la succession,
- les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations,
- les droits des conjoints divorcés,
- la fiscalité,
- le droit au logement,
- les comptes bancaires, les assurances,
- les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas…,
- les organismes sociaux,
- les rentes, pensions d'invalidité, indemnités journalières, remboursement de frais médicaux,
- l'aide aux handicapés,
- les aides sociales, les allocations veuvage,
- la formation, l'apprentissage, l'enseignement …..

Nous nous engageons à apporter toute diligence afin de répondre à toute demande qui entre dans le cadre défini dans le présent contrat et dans les limites qu'il détermine.

Les renseignements seront communiqués par téléphone, aucune confirmation écrite ne pourra être adressée. Selon les cas, nous pourrons orienter le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

Nous ne pouvons cependant pas intervenir dans la poursuite des actions ou des démarches entreprises par le bénéficiaire à partir des renseignements ou informations que nous lui aurons communiquées.

Le service ne donne pas de consultation par téléphone et ne se substitue jamais aux professionnels de santé.
Sont exclues toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toute avance de fonds.

ANALYSE DE DEVIS DENTAIRE ET/OU OPTIQUE

Si vous avez besoin d'un devis dentaire et/ou optique, nous vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte de la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il nous faudra :

- Pour le devis dentaire : la description précise du montage prothétique (nombre et numéro de dents concernées, types d'actes effectués, matériaux utilisés, compléments utilisés : inlay, onlay…), la cotation conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et le prix de la prothèse.
- Pour le devis optique : la description précise du défaut visuel et de la correction proposée.

Le choix des praticiens que nous avons pu identifier est laissé à votre libre initiative.

Dans tous les cas, le coût des prestations reste à votre charge.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de nécessité (décès du Bénéficiaire, hospitalisation…) nous pouvons vous mettre en relation téléphonique avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Ces entretiens sont entièrement confidentiels.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débuter une psychothérapie par téléphone.

ARTICLE 3 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE

1 / EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours au domicile, nous intervenons dans les conditions décrites ci-après :

AIDE MENAGERE

Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile:

- Soit dès le premier jour de votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
- Soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet d'assumer.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

LIVRAISON DE MEDICAMENTS :

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer hors de votre domicile et personne dans votre entourage proche n'est en mesure de récupérer pour vous des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription médicale depuis moins de 24 heures.

Nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison des médicaments.

Le coût des médicaments restent à votre charge. Si besoin, nous pouvons faire l'avance de ces frais, contre remboursement à la livraison des médicaments.

Nous ne sommes pas tenus à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour de votre domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

GARDE D'ENFANTS

A votre demande ou à celle de votre conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes:

- **soit le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle,** dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

- **soit la garde au domicile des enfants par une assistante maternelle,** entre 8 heures et 19 heures, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

VISITE D'UN PROCHE

En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou dès le premier jour d'hospitalisation si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur et que ses parents ne sont pas sur place, pour permettre à un de vos proches de se rendre à votre chevet, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour :

- **ses frais de transport aller/retour**, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales,

- **ses frais d'hébergement à hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant** dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

Les frais de restauration et autres frais restent à la charge de cette personne.

RECHERCHE ET ENVOI D'UN INTERVENANT MEDICAL OU PARAMEDICAL

En cas d'absence de votre médecin traitant, nous pouvons vous aider pour la recherche d'intervenants (médecin, infirmier ou autre professionnel médical ou paramédical) en vous fournissant des adresses et numéros de téléphones.

Si besoin, nous pouvons, à votre demande, envoyer un de ces intervenants à votre domicile.

En aucun cas, nous ne pourrons être tenus responsables si aucun intervenant n'est disponible ou refuse de se déplacer en raison d'un éloignement trop important. De même, nous ne pourrons nous porter garants de la qualité des soins apportés et notre responsabilité ne saurait être engagée à ce titre.

Les frais de déplacement, soins, honoraires et autres restent dans tous les cas à votre charge.

GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Pour assurer la garde de vos animaux domestiques, sous réserve qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires, nous prenons en charge **leur garde à domicile ou dans un établissement spécialisé,** dans la limite du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

Les animaux dressés à l'attaque ne sont pas pris en charge.

Les frais de nourriture ainsi que les frais de retour des animaux domestiques vers le domicile restent à votre charge.

MISE A DISPOSITION D'UN VEHICULE MEDICAL

Hors urgence et sur prescription médicale, nous organisons votre transport par véhicule médical depuis votre domicile vers le centre hospitalier approprié de votre choix proche de votre domicile, ou vers l'établissement indiqué sur la prescription médicale.

A l'issue de l'hospitalisation, nous pouvons également organiser votre transport retour de l'hôpital à votre domicile.

Les frais de transport aller et retour restent à votre charge.

En aucun cas, nous pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers…

ARTICLE 4 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,
- Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,
- Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
- L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,
- l'abus d'alcool et ses conséquences,
- Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,
- Les suites, séquelles, complications ou aggravations d'une maladie ou d'un accident déjà constaté et ayant entraîné une hospitalisation dans les 6 mois précédent la demande d'assistance,
- Les maladies chroniques et infirmités préexistantes,
- Les états de grossesse sauf complication nette et imprévisible, les accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,
- Votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire,
- Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,

Sont également exclus, les séjours,

- De cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapique, rajeunissement, diététique, esthétique…) autres que les cures thermales médicalement prescrites,
- En maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie ou hospices et, d'une façon générale, dans tous les établissements dit de « long séjour » transitoire ou permanent au sens de la Sécurité Sociale,
- De rééducation et de réadaptation professionnelle,
- En établissement à caractère sanitaire ou social,
- En établissement et services sociaux d'accueil, d'hébergement et d'assistance, de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou contre les maladies mentales caractérisées autres que les centres hospitaliers ou psychiatrie et les maisons de santé pour maladies mentales,
- En milieu hospitalier dus à un état morbide consolidé et non améliorable telle la démence sénile, la paraplégie traumatique et la tuberculose stabilisée
- Les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.

ARTICLE 5 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT CORPOREL

Vous êtes malade ou accidenté lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres de votre domicile, en France métropolitaine ou à l'Etranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE :

Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre médecin conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre médecin conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

VISITE D'UN PROCHE

Vous êtes hospitalisé sur place sur décision de notre équipe médicale, avant votre rapatriement médical, pour une durée supérieure à 10 jours. Nous organisons et prenons en charge le transport aller/retour en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique, d'un membre de votre famille résidant dans le même pays que vous, ainsi que ses frais de séjour (chambre, petit-déjeuner) pour qu'il vienne à votre chevet.

Notre prise en charge pour son hébergement se fait à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

Les frais de restauration ou autres dépenses restent dans tous les cas à la charge de cette personne.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Rapatriement de personnes accompagnantes ».

RAPATRIEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNANTES

Vous êtes rapatrié médicalement, ou vous décédez lors d'un déplacement garanti.

Nous organisons et prenons en charge, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, le transport au domicile des membres de votre famille bénéficiaires vous accompagnant lors de la survenance de l'événement, en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique.

FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les éventuels organismes d'assurance auxquels vous êtes affiliés.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par les organismes d'assurance susvisés, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de votre organisme d'assurance.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile.
Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'au montant maximum indiqué au Tableau des Garanties.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous rembourserons les frais engagés dans la limite du montant indiqué au Tableau des Garanties, sous réserve de la communication par vous des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance.

Cette prestation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement.

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les organismes d'assurance,
- frais d'hospitalisation à condition que vous soyez jugé intransportable par décision des médecins de l'Assistance, prise après recueil des informations auprès du médecin local (les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement ne sont pas pris en charge),
- frais dentaires d'urgence (plafonnés au montant indiqué au Tableau des Garanties, sans application de franchise).

EXTENSION DE LA PRESTATION : AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION (HORS DU PAYS DE RESIDENCE)

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile.
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation :
    - à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE,
    - à effectuer à MUTUAIDE ASSISTANCE les remboursements des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation "frais médicaux", les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez nous fournir l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droits une lettre d'engagement vous engageant à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et nous rembourser les sommes perçues.
A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux» et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

RETOUR ANTICIPE

Pendant votre déplacement, vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille dans votre pays de domicile.

Afin que Vous puissiez assister aux obsèques, nous organisons et prenons en charge :
• soit votre voyage aller-retour,
• soit votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1ère classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/ aéroport au domicile.

2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER

Si un membre de votre famille bénéficiaire vient à disparaître à l'étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

RAPATRIEMENT DE CORPS

Vous décédez lors d'un déplacement garanti. Nous organisons le rapatriement de votre corps jusqu'au lieu des obsèques dans votre pays de résidence.

Dans ce cadre, nous prenons en charge :
- ✓ Les frais de transport du corps,
- ✓ Les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,
- ✓ Les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement) à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

FORMALITES DECES

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche du défunt s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller/retour en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique, ainsi que des frais de séjour (chambre et petit-déjeuner) engagés pour le compte de cette personne à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

Tous les autres frais restent à la charge de la famille du défunt.

ARTICLE 6 - LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile,
- L'ivresse, le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences,
- Toute mutilation volontaire du Bénéficiaire,
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,
- Les états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà de la 36ème semaine, l'interruption volontaire de grossesse, les suites de l'accouchement,
- Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale,
- Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,
- Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,
- Les frais de prothèse : optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle, etc.
- Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays d'origine.
- Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais y découlant,
- Les séjours en maison de repos et les frais y découlant,
- Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant,
- Les hospitalisations prévues.

ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS GENERALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par nos soins, ou en accord avec nous, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation,
- Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,
- Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- Le montant des condamnations et leurs conséquences,
- L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
- L'état d'imprégnation alcoolique,
- Les frais de douane,
- La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,
- La pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,

- **Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,**
- **Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie,**
- **Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,**
- **L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,**
- **Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,**
- **L'utilisation par le Bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne,**
- **L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,**
- **Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,**
- **Le suicide et la tentative de suicide,**
- **Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles,**
- **La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,**
- **La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.**

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

ARTICLE 8 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique du Bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, MUTUAIDE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au Bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le Bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi

jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Les interventions que MUTUAIDE ASSISTANCE est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque MUTUAIDE ASSISTANCE a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

MUTUAIDE ASSISTANCE décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

ARTICLE 9 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements au Bénéficiaire ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET – DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de la prise d'effet de votre contrat d'assurance Meilleurtaux Santé pour la même durée que celui-ci.
Les garanties se renouvellent dans les mêmes conditions que votre contrat d'assurance.

ARTICLE 11 – - RESILIATION - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prévues au Tableau des Garanties cessent de plein droit :

- En cas de résiliation de votre contrat d'assurance Meilleurtaux Santé, quelle qu'en soit la cause,

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur conformément et dans les conditions définies à article L 326-12 du Code des assurances,

- En cas de résiliation du contrat souscrit auprès de l'Assureur par Meilleurtaux Santé, quelle qu'en soit la cause et notamment lorsqu'il n'est pas reconduit. La non-reconduction dudit contrat entraîne la cessation des garanties pour vous à l'échéance annuelle qui suit la date de ladite résiliation. Les prestations accordées avant la résiliation de votre contrat s'effectueront jusqu'à leur terme.

ARTICLE 12 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur vos garanties d'assistance, vous pouvez vous adresser à MUTUAIDE en appelant le *01.55.98.88.42.*

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire, soit par e-mail à : qualite.assistance@mutuaide.fr ou par courrier à :

MUTUAIDE
SERVICE QUALITE CLIENTS
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter de l'envoi de cette réclamation.
Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

ARTICLE 13 – COLLECTE DE DONNEES

Le Bénéficiaire reconnait être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la règlementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

• Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

• Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

• Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères

concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

• En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

• Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

• En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.

• Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.

• Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

• Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr

ou

- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – MUTUAIDE ASSISTANCE - 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

ARTICLE 14 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, ce délai de 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.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- 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 adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

ARTICLE 16 – REGLEMENT DES LITIGES

Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

ARTICLE 17 – FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- **Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances;**
- **Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.**

ARTICLE 18 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.