

La notice d'information (NI-ASACS 01-15) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par l'Association Solidaire d'Aide à la Complémentaire Santé, Association Loi 1901, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) dans le cadre d'une convention de co assurance, auprès des organismes assureurs listés ci-après :

- **APICIL PREVOYANCE**, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire,
 - **MICILS**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 302 927 553, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire, (apériteur du contrat),
 - **INTEGRANCE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, dont le siège social est situé 89 rue Damrémont 75018 Paris,
 - **MUTUELLE BLEUE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous n° 775 671 993, dont le siège social est situé 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08,
 - **MUTUELLE GRM**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous n° 778 607 713, dont le siège social est situé au 15 rue Rouget de Lisle 71300 Montceau,
 - **MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 778 542 852, dont le siège social est situé 6 rue Paul Morel – BP 80283 – 70006 Vesoul Cedex,
 - **MIEL MUTUELLE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 776 398 786, dont le siège social est situé 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint Etienne,
 - **MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE SMI**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 784 669 954, dont le siège social est situé 2 rue Laborde 75374 Paris Cedex 08,
 - **M COMME MUTUELLE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 783 711 997, dont le siège social est situé 88 boulevard de la Liberté 59000 Lille,
 - **GRAND EST MUTUELLE**, dite Radiance Groupe Humanis Grand Est, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 483 747 333, dont le siège social est situé 95 rue Vendôme 69006 Lyon,
 - **MBA**, dite Radiance Groupe Humanis Ouest, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 777 749 409, dont le siège social est situé 5 boulevard de Lattre de Tassigny 35000 Rennes,
 - **MUTUELLE HUMANIS NATIONALE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 339 358 681, dont le siège social est situé 139 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff,
 - **MUTEST**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 775 641 681, dont le siège social est situé 11 boulevard Wilson – CS 60019 – 67082 Strasbourg,
 - **MUTUELLE REGIONALE DES ORGANISMES SOCIAUX DU CENTRE**, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 433 938 081, dont le siège social est situé 26 boulevard Marie Stuart 45000 Orléans,
- et ci-après dénommées « Co-assureurs ».

La répartition des risques co-assurés s'effectue initialement dans les proportions qui suivent :

- | | |
|------------------------------|---|
| • MICILS (apériteur) : 4,4 % | • MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE : 4,6 % |
| • APICIL PREVOYANCE : 0,2 % | • MIEL MUTUELLE : 2,8 % |
| • INTEGRANCE : 40,1 % | • MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE SMI : 3,9 % |
| • MUTUELLE BLEUE : 20,1 % | • M COMME MUTUELLE : 11,2 % |
| • MUTUELLE GRM : 2,3 % | • GRAND EST MUTUELLE : 4,1 % |
| • MBA : 3,4 % | • MUTUELLE HUMANIS NATIONALE : 2,3 % |
| • MUTEST : 0,5 % | • MUTUELLE REGIONALE DES ORGANISMES SOCIAUX DU CENTRE : 0,1 % |

La répartition des risques est proportionnelle au chiffre d'affaires de contrats ACS apportés. Les quotes-parts de co assurance sont ensuite réajustées au 31 décembre de chaque année au regard du chiffre d'affaires de l'année écoulée de chaque Co-assureur. Vous pouvez interroger à tout moment votre Organisme gestionnaire afin de connaître l'éventuelle actualisation de la répartition ci-dessus.

La notice d'information comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de vos garanties. En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est indiqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre Association souscriptrice, ci-après dénommée parfois « le Souscripteur » et dont vous bénéficiez.

Votre Organisme gestionnaire reste à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de frais médicaux.

SOMMAIRE

TITRE 1 : AFFILIATION	3
Article 1- OBJET	3
Article 2- QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?	3
Article 3- ADMISSION DE L'ADHESION	3
Article 4- RESILIATION DE L'ADHESION	4
Article 5- MODIFICATION DU CONTRAT	4
Article 6- TERRITORIALITE	4
TITRE 2 : COTISATIONS	4
Article 7- MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	4
Article 8- DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
TITRE 3 : PRESTATIONS	5
Article 9- CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS	5
Article 10- FAIT GENERATEUR	5
Article 11- INDUS	5
Article 12- MONTANT DES REMBOURSEMENTS	5
Article 13- DETAIL DES PRESTATIONS.....	5
13-1 JUSTIFICATIFS.....	6
13-2 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR	6
13-3 DETAIL	6
Article 14- DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	8
Article 15- CONTRAT RESPONSABLE	7
Article 16- TIERS PAYANT	7
Article 17- EXCLUSIONS	8
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	8
Article 18- QU'ENTENDONS-NOUS PAR ?	8
Article 19- PRESCRIPTION	8
Article 20- RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	9
Article 21- CONTROLE DES CO-ASSUREURS	9
Article 22- FAUSSE DECLARATION.....	9
Article 23- RECLAMATIONS-MEDIATION.....	9
Article 24- LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	9
PIECES A FOURNIR POUR BENEFICIER DES PRESTATIONS	10
PIECES A FOURNIR POUR ADHERER	10
TABLEAU DES GARANTIES	12

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) visés aux articles L. 863-6 du Code de la Sécurité sociale (pour les bénéficiaires de l'ACS) et L. 863-7 du même Code (pour les bénéficiaires de la prolongation d'un (1) an après extinction des droits à l'ACS), le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Aussi, le contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'ASSOCIATION SOLIDAIRE D'AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE auprès des Co-assureurs : APICIL PREVOYANCE, INTEGRANCE, MICILS, MUTUELLE BLEUE, MUTUELLE GRM, MUTUELLE MEDICO CHRIRUGICALE, MIEL MUTUELLE, MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE SMI, M COMME MUTUELLES, GRAND EST MUTUELLE, MBA, MUTUELLE HUMANIS NATIONALE, MUTEST et MUTUELLE REGIONALE DES ORGANISMES SOCIAUX DU CENTRE a pour objet de garantir le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux exposés par ou pour les Bénéficiaires dans la limite des garanties et des niveaux choisis, figurant sur le Certificat d'adhésion et tels que définis à l'article R. 863-11 du Code de la Sécurité sociale.

Article 2 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?

Le Souscripteur : ASSOCIATION SOLIDAIRE D'AIDE À LA COMPLEMENTAIRE SANTE, souscripteur du présent contrat au profit de ses membres.

L'Apériteur : MICILS.

Les Co-assureurs : APICIL PREVOYANCE, INTEGRANCE, MICILS, MUTUELLE BLEUE, MUTUELLE GRM, MUTUELLE MEDICO CHRIRUGICALE, MIEL MUTUELLE, MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE SMI, M COMME MUTUELLE, GRAND EST MUTUELLE, MBA, MUTUELLE HUMANIS NATIONALE, MUTEST et MUTUELLE REGIONALE DES ORGANISMES SOCIAUX DU CENTRE.

L'Organisme gestionnaire : organisme qui gère l'adhésion de l'Assuré et figurant au Certificat d'adhésion.

L'Assuré : personne physique, membre de l'ASSOCIATION SOLIDAIRE D'AIDE À LA COMPLEMENTAIRE SANTE, bénéficiaire de l'ACS ou de sa prolongation d'un (1) an, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Martin ou à Saint-Barthélemy, qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

Le Bénéficiaire : personne physique ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) visée aux articles L. 863-6 du Code de la Sécurité sociale (pour les bénéficiaires de l'ACS) et L. 863-7 du même Code (pour les bénéficiaires de la prolongation d'un (1) an après extinction des droits à l'ACS) sans pouvoir alors changer de niveau de garanties.

Ne peuvent avoir la qualité de Bénéficiaire que les personnes figurant sur l'attestation ACS de l'Assuré lequel sera tenu de déclarer à l'Organisme gestionnaire, dans le mois qui suit l'événement, tous changements de situation (naissance, décès...) d'un ayant droit dans la mesure où cet événement a un impact sur le montant de la cotisation brute.

Il en va de même si l'Assuré ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France métropolitaine, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par l'un des Co-assureurs, l'Assuré est qualifié de personne proposée à l'adhésion **et n'est pas assuré.**

Toute modification relative aux Bénéficiaires des garanties doit être notifiée à l'Organisme gestionnaire.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

Ils sont invités à contacter leur Organisme gestionnaire qui leur proposera une garantie individuelle.

Article 3 - ADMISSION DE L'ADHESION

a) Conditions d'admission

Lors de l'adhésion, l'Assuré doit remplir et signer un Bulletin d'adhésion.

Dans tous les cas, l'acceptation d'une demande d'adhésion par l'un des Co-assureurs donnera lieu à l'émission d'un Certificat d'adhésion.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du Certificat d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées

b) Date d'effet – renouvellement de l'adhésion

Les garanties prennent effet pour chaque Bénéficiaire, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Organisme gestionnaire ou à la date d'effet demandée si postérieure.

Par dérogation, lorsque le futur Assuré, bénéficiaire pour la première fois du droit à l'ACS, dispose d'une garantie en cours auprès d'un Organisme assureur ne proposant d'offre sélectionnée, son adhésion peut être différée de deux (2) mois au plus, en vue de lui permettre de mettre en jeu son droit à résiliation anticipée auprès de son Organisme assureur précédent.

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement sous réserve que l'Assuré ait fourni, à l'Organisme gestionnaire, son attestation de droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article L.863-7 du Code de la Sécurité sociale, à l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction, l'Assuré reçoit de son Organisme assureur la proposition de prolonger le contrat pour une période d'un (1) an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats éligibles ACS proposés par l'Organisme assureur. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS avant la déduction opérée au titre de cette aide.

c) Ajout de Bénéficiaire(s)

L'ajout d'un Bénéficiaire s'effectue au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande. La demande est impérativement accompagnée de la nouvelle attestation ACS.

Par dérogation, lorsque l'ajout du Bénéficiaire est lié à une naissance ou une adoption, l'attestation ACS n'est pas obligatoire.

La modification du nombre de Bénéficiaire(s) donne lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

En tout état de cause, la modification ne peut prendre effet qu'après acquittement du Flux 408 par l'Assurance Maladie.

Article 4 - RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin :

- en cas de résiliation par l'Assuré, pour lui-même ou l'un de ses Bénéficiaires, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux (2) mois.

- en cas de non-paiement de la cotisation. À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours suivant son échéance, l'Assuré sera informé, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, que le défaut de paiement de cotisations ou fractions de cotisations échues entraînera la résiliation de l'adhésion quarante (40) jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que les cotisations dues n'aient été versées entre-temps.

- dès que l'Assuré cesse d'appartenir aux personnes assurables.

- à la date d'effet de l'attribution de la CMU-C pour les bénéficiaires du crédit d'impôt.

- en cas de radiation de l'offre de la liste sélectionnée. Dans ce cas, l'Organisme gestionnaire informe l'Assuré dans les délais prévus à l'article R. 863-15 du Code de la Sécurité sociale de cette radiation. La résiliation s'effectuera alors à la demande de l'Assuré dans un délai de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de cette information. L'Organisme gestionnaire devra rembourser à ce dernier le montant des cotisations perçues correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat.

Les Bénéficiaires autres que l'Assuré cessent également de pouvoir bénéficier de l'adhésion dès qu'ils cessent de remplir les conditions pour être assurables.

L'Assuré s'engage à restituer immédiatement à l'Organisme gestionnaire la carte de tiers payant «ACTIL» de tout Bénéficiaire en disposant qui cesse de pouvoir bénéficier de l'adhésion.

Article 5 - MODIFICATION DU CONTRAT

Le contrat peut faire l'objet de modifications par accord entre les Co-assureurs et le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur informe les Assurés de ces modifications. Si l'Assuré n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans les trois (3) mois suivant la notification des modifications.

Le paiement de la première cotisation exigible à compter de la date de mise en application des modifications vaut acceptation de celles-ci.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées aux contrats ACS visées à l'article R.863-11 du Code de la Sécurité sociale.

Article 6 - TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises aux Assurés habitant habituellement (soit plus de six (6) mois par an) sur

le territoire de la France métropolitaine, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion, de Saint-Martin ou de Saint-Barthélemy.

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.

En conséquence, les actes hors nomenclature ou ne rentrant pas dans le cadre légal des actes effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile de l'Assuré.

Pour tout changement de domicile, l'Assuré doit informer l'Organisme gestionnaire de son changement d'adresse. À défaut, les courriers adressés à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 7 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en tenant compte du niveau des garanties souscrites et de l'âge de chaque Bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année.

Les variations de tarifs en fonction de la zone géographique de résidence sont interdites. Toutefois, pour les Assurés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la tarification du contrat prend en compte la couverture garantie par ce régime. Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Le prélèvement, virement ou mandat SEPA est obligatoire si l'Assuré opte pour un paiement mensuel.

Le financement ACS dont bénéficie l'Assuré ainsi que ses ayants droit sera déduit du montant des cotisations sur présentation de l'original de l'attestation-chèque remise par la CPAM.

Les cotisations évoluent en fonction de deux (2) paramètres :

- en fonction de l'évolution de l'âge de l'Assuré et de ses Bénéficiaires.

- de plus, les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution annuelle de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année antérieure. Cette revalorisation s'applique aux cotisations hors taxes des contrats.

Toute évolution de cotisation fondée sur un autre motif doit être validée par la Direction de la Sécurité Sociale.

Article 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations doivent être payées.

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 9 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

9-1-1 Principe

L'Assuré choisit son niveau de garanties A, B ou C.

Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies au tableau des garanties.

Le niveau choisi est notifié sur le Certificat d'adhésion.

9-1-2 Garanties de dépenses médicales

Le contrat garantit le remboursement des dépenses médicales consécutives à un accident ou une maladie, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire du Bénéficiaire suivant le niveau de garanties choisi et dans la limite des frais exposés. **Le contrat prévoit également des prestations forfaitaires incluant la prise en charge du ticket modérateur.**

Les soins couverts sont ceux dont la date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion et réalisés pendant la période d'assurance.

Certains remboursements sont plafonnés conformément au tableau des garanties.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne pourra jamais excéder la dépense réelle.

a) Sélection des garanties

L'Assuré choisit son niveau de garanties parmi les formules A, B ou C qui lui sont proposées lors de l'adhésion, lesquelles sont conformes à l'article R. 863-11 du Code de la Sécurité sociale.

b) Modification de niveau de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille de l'Assuré telle que décrite ci-dessous) à condition que l'Assuré paie la cotisation correspondant au nouveau niveau de garanties et que l'Organisme gestionnaire accepte la modification.

En tout état de cause, la modification ne peut prendre effet qu'après acquittement du Flux 408 par l'Assurance Maladie.

Article 10 - FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet du contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que vous êtes encore affilié(e) mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (l'Assuré n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), l'Organisme gestionnaire demandera le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

Article 11 - INDUS

Le Bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie, qu'ils aient été perçus directement par le Bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

Article 12 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau des garanties qui complète cette notice.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année d'adhésion (de date à date).

Cette règle est propre aux remboursements des prestations et s'applique, quelle que soit la date de renouvellement de l'adhésion

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont l'Assuré ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme complémentaire, **ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.** Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou indemnités 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 toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature que l'Assuré a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas les Co-assureurs ne peuvent prendre en charge des dépassements d'honoraires dans le cadre de leurs contrats ACS.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Article 13 - DETAIL DES PRESTATIONS

13-1 JUSTIFICATIFS

Les justificatifs qui seront adressés à l'Organisme gestionnaire devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site du Régime Obligatoire). L'Assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations). En tout état de cause, l'Organisme gestionnaire pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

13-2 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé.

13-3 DETAILS

13-3-1 Soins médicaux courants

CONSULTATIONS ET VISITES DE MEDECINS GENERALISTES OU SPECIALISTES

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

13-3-2 Pharmacie

Le contrat ne prévoit pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale, ni de remboursement pour les médicaments à service médical rendu (SMR) faible, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à 15%.

13-3-3 Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à l'Organisme gestionnaire une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

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).

Afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais, l'Assuré doit solliciter auprès de son Organisme gestionnaire une demande de prise en charge.

FORFAIT JOURNALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements de santé **et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

HONORAIRES

En aucun cas les Co-assureurs ne peuvent prendre en charge des dépassements d'honoraires dans le cadre de leurs contrats ACS.

Attention : le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

NUITEE D'ACCOMPAGNEMENT

Cette nuitée comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

La prestation pour les contrats de niveaux B ou C s'entend par jour **dans la limite de dix (10) jours par hospitalisation.**

L'accompagné doit remplir deux (2) conditions cumulatives :

- être obligatoirement un Bénéficiaire au sens du présent contrat,
- et être un enfant de moins de 16 ans.

13-3-4 Optique

Quelle que soit l'option choisie, le devis est conseillé pour qu'il y ait un remboursement.

Les opticiens ont accès au portail Actil pour établir le tiers payant sur les verres et monture. Toute demande de remboursement via ce portail génère automatiquement un envoi de devis auprès de l'Organisme gestionnaire.

Les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement sécurité sociale complété pour les niveaux B et C d'un forfait en euros par équipement (monture et verres) incluant le ticket modérateur.

Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les deux (2) ans par Bénéficiaire. Ces périodes s'apprécient à compter de la date de souscription du bulletin d'adhésion.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait cependant par période d'un (1) an à compter de la date de souscription du bulletin d'adhésion :

- pour les Bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du Bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux (2) prescriptions médicales lors de la 2^e demande.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur les « contrats responsables » et sur les contrats ACS.

- **Les verres dits « simples » ou « à simple foyer »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries.

- **Les verres dits « complexes »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux (2).

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé d'un verre simple et d'un verre complexe.

Lentilles

La prestation lentilles pour les contrats de niveaux B ou C est prise en charge dans la **limite d'un forfait incluant le ticket modérateur. Ce forfait s'apprécie par an et par Bénéficiaire.**

Cette rubrique concerne uniquement les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.

13-3-5 Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du Bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement à nos services, un devis. Chaque devis fera alors l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Sur ce poste, seules les garanties prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées dans les limites figurant au tableau des garanties.

13-3-6 Appareillage

APPAREILLAGE

Il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés mais aussi de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc.

La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

APPAREILLAGE AUDITIF

Avant toute pose d'appareil auditif, l'envoi d'un devis à l'Organisme gestionnaire est conseillé pour qu'il y ait un remboursement.

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour les adhésions au niveau de garanties C, la garantie correspond à un **forfait annuel en euros par oreille appareillée**. Dans les cas où le ticket modérateur est cependant supérieur à ce forfait, la prise en charge minimale doit correspondre au ticket modérateur. Cette situation concerne la prescription d'audioprothèse de classe C ou D pour les patients âgés de 20 ans au plus ou atteints de cécité (pour lesquels le ticket modérateur s'élève, à titre d'exemple en 2015, respectivement à **500 et 560 €**).

13-3-7 Prévention

Sont pris en charge les actes de prévention suivants :

- Au titre des « Soins Dentaires » : le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (acte SC8) des 1^{ères} et 2^{èmes} molaires permanentes, avant quatorze 14 ans ; un Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux (2) séances maximum (acte SC12)
- Au titre des « Auxiliaires médicaux » (orthophonistes), le 1^{er} bilan du langage oral ou d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) réalisé avant quatorze (14) ans ;
- Au titre des « Analyses médicales », le dépistage de l'hépatite B ;
- Au titre des « Consultations & Actes de spécialistes » (ORL), le dépistage, une (1) fois tous les cinq (5) ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de cinquante (50) ans (audiométrie) ;
- Au titre des actes de « Radiologie », l'Ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (femmes de plus de cinquante (50) ans, une (1) fois tous les six (6) ans) ;
- Au titre des médicaments au service médical rendu majeur ou important, pour l'achat du vaccin et des « Consultations de généralistes » ou des « Actes Infirmiers » (Auxiliaires médicaux) pour leur injection, la plupart des vaccins du calendrier vaccinal (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilus influenzae B, infections à pneumocoques...).

Article 14 - DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'Organisme gestionnaire règle ses prestations frais de santé par virement sur votre compte bancaire ou postal :

- dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures, pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie,
- dans un délai maximum de huit (8) jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, dans les remboursements manuels, délais de poste et bancaire non compris.

Article 15 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations sont fournies notamment dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Il prévoit des obligations minimales et maximales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin-traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- **l'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale ;**
 - **les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;**
 - **le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.**
- À l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :**

- **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale,**
- **la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),**
- **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le membre participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,**
- **la majoration de la participation supportée par le membre participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin-traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,**
- **et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.**

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

Article 16 – TIERS PAYANT

L'Organisme gestionnaire accepte la procédure de tiers payant coordonné par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des soins de ville, à l'exception des frais d'optique et d'audioprothèse.

Toutefois, il appartient au professionnel de santé de choisir la solution technique de dispense d'avance des frais qu'il souhaite utiliser : tiers payant coordonné par l'assurance maladie obligatoire ou une autre solution telle que l'éclatement des flux à partir du poste du professionnel. Ainsi, le fait que les organismes complémentaires s'engagent à accepter la procédure du tiers payant coordonné ne remet

pas en cause les autres procédures déjà développées par ACTIL plateforme de tiers payant dont bénéficient l'Assuré et ses ayants droit.

Aussi, ACTIL et l'Organisme gestionnaire pourront ainsi continuer à accepter des flux en provenance directe des professionnels de santé.

Article 17 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),

- les frais engagés en dehors de la période de garantie ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.

Sont aussi exclus :

- les frais de chambre particulière,

- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.

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

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - QU'ENTENDONS-NOUS PAR ?

Echéance annuelle de l'adhésion : le 31 décembre de chaque exercice.

Terme de l'adhésion : date d'expiration de l'adhésion ; elle marque la fin des garanties.

Bulletin d'adhésion : document rempli et signé par l'Assuré. Il sert de base pour l'établissement du Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion : document, signé par l'Organisme gestionnaire, remis à l'Assuré et précisant l'effectivité de l'adhésion et la date de prise d'effet de l'adhésion. L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du certificat d'adhésion signé, à la fourniture des pièces justificatives demandées.

Flux 408 : fichier informatique transmis à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires, au moment de l'adhésion, de la souscription, du renouvellement ou de la résiliation d'un bénéficiaire de l'ACS.

Avenant : document, en deux (2) exemplaires, constatant une modification du Certificat d'adhésion. Il est remis à

l'Assuré et doit être signé par lui, pour marquer l'accord des parties.

Age du Bénéficiaire : l'âge du Bénéficiaire pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint au 1^{er} janvier.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par an et par bénéficiaire : si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année d'adhésion (de date à date) sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins vingt-quatre (24) heures, dans un établissement hospitalier possédant les autorisations administratives nécessaires à la pratique des soins médicaux ou chirurgicaux.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Bénéficiaire et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Régime Obligatoire (RO) : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

Base de Remboursement (BR) : équivalent de l'ancien Tarif de Convention auquel il se substitue progressivement dans le cadre de la mise en œuvre de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM) par l'assurance maladie. C'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du Régime Obligatoire.

Article 19 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins).

Toutefois, ce délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme gestionnaire en a eu connaissance.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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'Organisme gestionnaire à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article 20 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, l'Organisme gestionnaire est subrogé de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'il a versées à un Assuré ou à un ayant droit.

Article 21 - CONTROLE DES CO-ASSUREURS

Les Co-assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout 75009 Paris.

Article 22 - FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par l'Assuré et le cas échéant par son intermédiaire servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Organisme gestionnaire se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises aux Co-assureurs.

Article 23 – RECLAMATIONS-MEDIATION

23-1 Réclamations

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées **auprès de l'Organisme gestionnaire**.

L'Organisme gestionnaire informera le demandeur des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la (des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations.

L'Organisme gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

23-2 Médiateur

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Organisme gestionnaire, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent. La saisine du médiateur se fait par courrier **auprès de l'Organisme gestionnaire**.

Article 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à l'Organisme gestionnaire et sont nécessaires au traitement des dossiers.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat d'adhésion et, le cas échéant, à ses Co-assureurs. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en adressant un courrier en ce sens au siège de l'Organisme gestionnaire.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant

PIECES A FOURNIR POUR BENEFICIER DES PRESTATIONS

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
HOSPITALISATION	Facture originale acquittée + bulletin d'hospitalisation
Hospitalisation en clinique	facture S3404 originale acquittée + factures d'honoraires avis des sommes à payer + Attestation de paiement originaux et acquittés
Hospitalisation à l'hôpital	
NB : les factures fournies doivent impérativement mentionner les actes, la dépense, la prise en charge sécurité sociale et le reste à charge	
ACTES MEDICAUX COURANTS *	
Analyses, Auxiliaires médicaux	facture originale détaillée et acquittée
Pharmacie, Appareillage (petit ou grand)	facture subrogatoire acquittée
Consultations (généraliste ou spécialiste)	décompte sécurité sociale original ou décompte de votre première mutuelle le cas échéant
OPTIQUE *	
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte sécurité sociale original + facture acquittée
Monture, verres	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte sécurité sociale original + facture acquittée
DENTAIRE *	
Prothèse dentaire prise en charge par la sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
* : les décomptes sécurité sociale doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission Noémie	

NB : Veillez à préciser votre numéro client ou votre numéro de Régime Obligatoire (Sécurité sociale, MSA, RSI...) sur chaque correspondance.

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité de Bénéficiaire.

PIECES A FOURNIR POUR ADHERER

PIECES OBLIGATOIRES

- Le bulletin d'adhésion complété et signé par l'Assuré et/ou son représentant légal ;
- Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé ;
- Deux Relevés d'Identité Bancaire (RIB), si différents pour :
 - le prélèvement de vos cotisations,
 - le paiement de vos prestations « remboursement des frais de soins » ;
- La copie des attestations du Régime Obligatoire des personnes à assurer ;
- La copie de votre Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport (en cours de validité) ;
- L'(les) attestation(s)-chèque fournie(s) par votre caisse d'Assurance Maladie.

Vous disposez d'un délai de six (6) mois maximum pour utiliser votre attestation-chèque, à compter de sa date d'émission. Chaque membre de votre foyer âgé de plus de seize (16) ans bénéficiaire de l'aide reçoit une attestation-chèque à son nom.

PIECES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER

- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de chacune des personnes de plus de 16 ans pour le versement des prestations ;
- En cas de non correspondance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion :
 - Justificatif de domicile de moins de trois (3) mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe) ;
- Le cas échéant, une copie de l'extrait du jugement d'ouverture d'une mesure de protection juridique ou d'accompagnement judiciaire.

TABLEAU DES GARANTIES A, B ET C

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE (Ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime obligatoire)		
	Niveau A	Niveau B	Niveau C
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Franchise appliquée aux actes de spécialité exonérés du ticket modérateur	18 € / acte	18 € / acte	18 € / acte
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires chirurgicaux :			
Praticiens signataires CAS Honoraires (chirurgie, anesthésie, réanimation)	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Praticiens non signataires CAS Honoraires (chirurgie, anesthésie, réanimation)	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Frais de transport	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Nuitée d'accompagnement de l'enfant de moins de 16 ans (lit + repas du soir)		15 € / Jour [5]	15 € / Jour [5]
FRAIS MEDICAUX COURANTS			
Auxiliaires médicaux	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Analyses médicales	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Pharmacie 65% et 30% (y compris actes de dispensation)	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Consultations - Visites généralistes / Spécialistes :			
Praticiens signataires CAS Consultations et visites généralistes / spécialistes / Actes techniques médicaux / Actes d'imagerie et d'échographie	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Praticiens non signataires CAS Consultations et visites généralistes / spécialistes / Actes techniques médicaux / Actes d'imagerie et d'échographie	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
OPTIQUE			
Équipement verres simples + monture [1] Tous les deux ans par bénéficiaire	100% BR-RO	100 € [4] [6]	150 € [4] [6]
Équipement verres complexes + monture [2] (montant monture plafonné à 150€) Tous les deux ans et par bénéficiaire	100% BR-RO	200 € [4] [6]	350 € [4] [6]
Équipement verres « mixtes » : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture (Montant monture plafonné à 150€) Tous les deux ans et par bénéficiaire	100% BR-RO	150 € [4] [6]	250 € [4] [6]
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale par an et par bénéficiaire	100% BR-RO	100 € / an [4] [6]	100 € / an [4] [6]
DENTAIRE			
Soins Dentaires	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	125% BR-RO	225%BR-RO	300% BR-RO
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	125% BR-RO	225%BR-RO	300% BR-RO
APPAREILLAGE			
Appareillages (autre qu'audioprothèses) pris en charge par la sécurité sociale, montant par appareil	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Audioprothèses prises en charge par la sécurité sociale, montant par appareil	100% BR-RO	100% BR-RO	450 € [3] [4]

[1] Équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00

[2] Équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou équipement à verres multifocaux ou progressifs

[3] Ou 100% BR-RO si supérieur

[4] Les montants forfaitaires incluent la prise en charge du ticket modérateur

[5] Limité à 10 Jours par hospitalisation.

[6] Sauf pour les mineurs ou pour les renouvellements justifiés par une évolution de la vue (le remplacement est alors annuel).

Le remboursement total (Sécurité sociale + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information

BR : Base de Remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; FR : Frais réels