

**NOTICE**  
**D'INFORMATION**  
Valant Dispositions



*Cozy Zen*

Prévoir-Vie Groupe Prévoir

# TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉAMBULE	3
II. INFORMATIONS GÉNÉRALES	4
I. Objet de l'adhésion	4
II. Objet de l'Association	4
III. Dispositions propres aux relations entre l'association et l'assureur	4
IV. Conditions d'adhésion	4
V. Modalités d'adhésion	4
VI. Cadre juridique du contrat	6
III. GARANTIES	7
I. Conditions des garanties	7
II. Prise d'effet des garanties	7
III. Étendue territoriale des garanties	7
IV. Garanties et montant des remboursements	7
4.1 Dispositions générales	7
V. Délais d'attente	10
VI. Exclusions	10
I. Prise d'effet et durée de l'adhésion	10
II. Déclarations en cours d'adhésion	10
III. Modifications des garanties	11
IV. Ajout ou retrait de bénéficiaires	12
V. Adaptation du contrat suite à modification du régime de base de la Sécurité sociale	12
VI. Suspension des garanties	12
VII. Résiliation du contrat	13
V. PRESTATIONS	15
I. Remboursement des prestations	15
II. Télétransmission	15
III. Tiers payant	15
IV. Justificatifs à produire	16
V. Contrôle des dépenses et Expertise	20
VI. Procédure d'Expertise	20
VII. Arbitrage	20
VI. COTISATION	21
I. Montant de la cotisation	21
II. Variation de la cotisation	21
III. Révision de la cotisation	21
IV. Paiement de la cotisation	21
V. Défaut de paiement	21
VII. AUTRES INFORMATIONS	22
I. Subrogation	18
II. Prescription	18
III. Examen des réclamations et procédure de médiation	20
IV. Traitement et Protection des données personnelles	21
V. Loi applicable et Tribunaux compétents	22
VI. Réglementation	23
VII. Autorité de contrôle	23
VIII. Démarchage à domicile : conclusion du contrat et droit de renonciation	23
IX. Vente à distance : conclusion du contrat et droit de renonciation	23
X. Accès à l'espace personnel et dématérialisation des échanges avec l'Adhérent	24
VI. LEXIQUE	25

# I. PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé COZY ZEN est un contrat collectif d'assurance collective à adhésion facultative, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est souscrit par l'Association RMP au profit de ses membres auprès de PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat.

**Association** : REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE (RMP) Association régie par la loi 1901, 27 Monteux 84170. Enregistrée à la Préfecture du Vaucluse sous le N°W843003480, dont le siège social est situé 1050 CHEMIN DES EXQUERTS -ZA LA TAPY – 84 170 MONTEUX.

**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 pour le risque de décès (branche 20 vie-décès), pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle (branches 1 et 2 – accident et maladie), 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 contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

**Distributeur** : VITALITE SANTE Société de courtage en assurances (Art L520- II, B du code des assurances) 15 rue Aux Loups 95560 Montsoult S.A.R.L au capital de 50 000 € RCS Pontoise 439 891 458. Garantie financière et assurance de responsabilité civile et professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances. N° Orias : 07002127 [www.orias.fr](http://www.orias.fr). En cas de réclamation les coordonnées sont : Vitalité santé 15 rue Aux Loups 95560 MONTSOULT RCS pontoise 439 891 458 ou celles de l'ACPR : 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09– Le numéro d'immatriculation peut être consultable auprès de l'ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr) – En application de l'article L.520-I II du code des assurances.

**Gestionnaire des adhésions et des prestations** : ASRAMA GESTION, société de courtage en assurances et gestionnaire de produits d'assurances ; SAS au capital de 300000 euros, Siège Social : 25 Cours A Thomas, 69003 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le n° 842 565 111, ORIAS 18006620 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), Garantie financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes au Code des Assurances). Entreprise régie par le code des Assurances soumise au contrôle de l'ACPR : 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Les garanties du contrat sont gérées dans le cadre de la convention n°RITSD1.

Le contrat se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites et qui inclut le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.
- L'appel de cotisations

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## II. INFORMATIONS GÉNÉRALES

### I. Objet de l'adhésion

La présente adhésion a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagée par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s), conformément et dans les limites des garanties stipulées au III de la présente Notice d'information, et en fonction des garanties effectivement souscrites par l'Adhérent lors de son adhésion au Contrat.

Le Contrat propose six (6) formules de garanties, telles qu'indiquées au tableau figurant au chapitre III – Article 4.4 de la présente Notice d'information.

**Les prestations versées dépendent de la formule de garanties choisie par l'Adhérent lors de l'adhésion au Contrat et précisé au Certificat d'adhésion.**

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

### II. Objet de l'Association

L'association 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

### III. Dispositions propres aux relations entre l'association et l'assureur

Le Contrat a pris effet entre l'Assureur et l'Association REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2021. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'Assureur et/ou l'Association notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion du Contrat. Elle 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 ou par l'Assureur.

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

La dénonciation du Contrat est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, il est convenu que cette dernière donne mandat au Gestionnaire pour accomplir l'ensemble des formalités de gestion.

L'Assureur et l'Association peuvent convenir de changer le Gestionnaire.

Les statuts de l'Association ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont disponibles sur simple demande adressée au Gestionnaire ou à l'Association ou sur le site internet [www.association- https://www.rmp-association.fr/](https://www.association-rmp-association.fr/).

### IV. Conditions d'adhésion

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres de l'Association qui remplissent les conditions suivantes :

- Adhérer à l'association RMP,
- Résider en France métropolitaine, avoir une domiciliation bancaire en France Métropolitaine et être résident fiscal français,
- Être assujéti à un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français en tant qu'assuré principal ou ayant droit,
- Être âgé à l'adhésion de 18 ans à 90 ans inclus

### V. Modalités d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'assuré doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- La formule choisie,
- Le(s) renfort(s) choisi(s)
- Des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Peuvent être assurés au titre du Contrat, le Conjoint de l'Adhérent et/ou les enfants qui relèvent ou bénéficient d'un régime d'assurance maladie obligatoire français :

- **Son conjoint,**
  - personne avec laquelle il est marié non divorcée et non séparée de corps judiciairement
  - son concubin,
  - son partenaire de PACS.
- **Les enfants,**
  - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépend l'adhérent ou son conjoint,
  - âgés 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 de justificatif,
    - Qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
    - Qu'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n° 2005-12 du 11 février 2005.
- **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.

La formule choisie est identique pour tous les Assurés.

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.

**L'Adhérent s'engage à nous déclarer toute modification relative à la situation des Assurés entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'émission du Certificat d'adhésion.**

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.**

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle que soit les garanties choisies.

En adhérant au contrat, le demandeur devient adhérent de l'Association RMP dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée mensuellement, à l'adhésion du contrat puis au renouvellement du contrat chaque année.

L'Adhérent sera informé des éventuelles modifications apportées au Contrat liées à d'éventuelles évolutions législatives ou réglementaires durant son application, dans les conditions prévues au Chapitre 4 - III

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par l'Adhérent en réponse au questionnaire visant à recueillir les éléments permettant son identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse au questionnaire donne lieu à l'établissement d'une demande d'adhésion. À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, l'Adhérent dispose de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la demande d'adhésion à l'assurance est validée par l'Adhérent au moyen de la signature électronique.

Aussitôt après la signature de sa demande d'adhésion, l'Adhérent reçoit un email de confirmation à l'adresse qu'il aura communiquée, attestant l'enregistrement de sa demande d'adhésion.

La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

### **Consultation et archivage des documents**

Chaque document contractuel mis à disposition de l'Adhérent lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur disque dur. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Le site « Adhérent » du gestionnaire permet à l'Adhérent de consulter son contrat.

### **Convention de preuve**

Par dérogation à l'article 1359 du Code Civil, les parties conviennent que les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

A ce titre, La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'Adhérent (demande d'adhésion, notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeurs probantes.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur et soient opposables à ce dernier.

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'Adhérent d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsque l'Adhérent accède au site Internet, il lui appartient de :

- Vérifier soigneusement l'adresse affichée sur son navigateur Internet,
- Vérifier la dernière connexion,
- Se déconnecter après chaque utilisation et de ne jamais cliquer sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité,
- Supprimer les e-mails douteux sans les ouvrir.

## VI. Cadre juridique du contrat

### **Garanties « contrat solidaire » :**

L'accès au Contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

### **Garanties « contrat responsable » :**

Les garanties des différentes formules du Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Ainsi elles :

- Prennent en charge la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Ne prennent pas en charge :
  - o La majoration du Ticket Modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
  - o Le dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical,
  - o La participation forfaitaire et les franchises prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret, Ainsi les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables et solidaires ».

L'Adhérent sera informé des éventuelles modifications apportées au Contrat liées à d'éventuelles évolutions législatives ou réglementaires durant son application, dans les conditions prévues au I. Préambule.

Les frais et dépenses de soins remboursés au titre du Contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français sauf stipulation contraire mentionnées au Chapitre III – 4.4 pour les garanties concernées.

Pour chaque garantie, le montant des remboursements est fixé en fonction (i) du niveau de garanties indiquées au tableau figurant à l'article 4.4 du III que l'Adhérent a choisi lors de l'adhésion au Contrat et (ii) de la nature de ses frais et dépenses médicales.

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de Remboursement) ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, part de la Sécurité Sociale comprise.
- Ou sous la forme d'un montant forfaitaire ; ce montant forfaitaire s'applique par jour ou par Année d'adhésion, et par Assuré, et n'est pas cumulable d'une période à une autre. Certaines garanties sont exprimées par acte. Elles sont alors signalées en tant que telles dans le tableau de garanties figurant à l'article 4.3 du III.

Les remboursements sont toujours effectués après remboursement du Régime obligatoire et dans la limite de la garantie souscrite de sa formule et de ses éventuels plafonds. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et sont toujours payés en France et en euros.

Conformément à l'article L. 121-4 du Code des assurances, si l'Adhérent et/ou les Assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, l'Adhérent doit Nous en informer immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contracté ainsi que les garanties souscrites.

Si l'Adhérent a contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, il s'expose à l'annulation de son adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L. 1213 du Code des assurances. Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

# III. GARANTIES

## I. Conditions des garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droits d'un affilié à un Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

## II. Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat sont acquises à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'adhésion.

## III. Étendue territoriale des garanties

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré intervient et que les séjours en dehors de France ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros et celles-ci sont calculées en fonction des bases de remboursement du Régime Obligatoire français d'assurance maladie

## IV. Garanties et montant des remboursements

### 4.1 Dispositions générales

Dans les conditions et limites de la formule de garanties choisies, mentionnées au certificat d'adhésion et reprises au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

Le contrat se compose de 6 formules de garanties, au choix de l'Adhérent.

Les montants de remboursements exprimés en pourcentage s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
- part de la Sécurité Sociale incluse
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie

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.**

### 4.2 Contenu des garanties :

#### 4.2.1 Soins courants

Cette garantie prend en charge :

- Les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (généralistes et spécialistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile de l'Assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier public et cliniques privées (soins externes),
- Les frais d'actes techniques médicaux,
- Les frais d'actes de radiologie, échographie et d'imagerie médicale,
- Les honoraires d'auxiliaires médicaux et soins infirmiers
- Les analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale,
- Le transport du malade dès lors que ces frais sont également couverts par le Régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'Assuré
- Les appareillages orthopédiques et prothèses
- La pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale
- Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire : Depuis le 5 avril 2022, vous bénéficiez d'un nouveau dispositif « MonPsy » proposé par l'Assurance maladie : 8 consultations au maximum chez un psychologue partenaire du dispositif en cas de souffrance psychique d'intensité légère à modérée, (remboursées par l'Assurance maladie à hauteur de 60% et à hauteur de 40% par l'Assureur), sur prescription médicale du médecin qui vous suit.



## **4.2.2 Hospitalisation – secteur conventionné et non conventionné**

### **Forfait journalier hospitalier**

Cette garantie prend en charge le remboursement du forfait hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Cette obligation concerne uniquement le 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).

### **Participation forfaitaire**

La participation forfaitaire 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."

### **Frais de séjour**

En cas d'Hospitalisation, cette garantie prend en charge le remboursement des frais de séjour restant à la charge de l'Assuré après le remboursement de la Sécurité sociale, l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris une participation forfaitaire.

### **Honoraires**

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'Hospitalisation à domicile. Elle est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

### **Chambre particulière**

Cette garantie prend en charge les frais de chambre particulière pour les Hospitalisations en médecine, chirurgie et maternité.

Cette garantie est exprimée en euros par jour, dans la limite du montant exprimé par jour dans le tableau des garanties.

### **Forfait Patient Urgences**

Le Forfait Patient Urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le forfait patient urgence s'applique depuis le 1er janvier 2022.

### **Sont exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :**

- aux séjours en établissements d'accueil spécialisés (MAS),
- aux séjours en établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

**Attention : la prise en charge de la chambre particulière est limitée à trente (30) jours par année d'adhésion et par bénéficiaire pour des Hospitalisations en secteur conventionné et non conventionné.**

## **4.2.3 Optique**

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'équipement\* d'optique médicale remboursés par la Sécurité sociale.
- Les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).

Les équipements « 100% santé » (équipement de classe A) sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge inclue la prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle.

Conformément aux dispositions sur le « contrat responsable et solidaire » (décret n°2019-21 du 11 janvier 2019), la prise en charge des équipements varie selon la nature de l'équipement, le niveau de correction et la complexité des verres et fait l'objet d'un plafonnement (cf. annexe Grilles optiques).

Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de deux années d'adhésion consécutives à compter de la date d'acquisition et par Assuré sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans pour qui cette période est ramenée à 1 an.

Les plafonds de remboursement incluent la prise en charge du ticket modérateur et varient en fonction de la typologie des verres :

- Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.



#### **4.2.4 Dentaire**

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les soins et prothèses relevant du « 100% Santé »
- Les soins dentaires : inlay/onlay, soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale
- Les prothèses dentaires : prothèses remboursées par la Sécurité sociale, prothèses à honoraires maîtrisés
- Les frais d'orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire

Les plafonds sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

#### **4.2.5 Aides auditives**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditifs).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 la prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif aux contrats responsables et solidaires :

- Les équipements « 100% santé » (équipement de classe I) sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale.
- Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre de classe II) sont pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale et dans les limites fixées par le décret.

Les modalités et plafonds de prises en charge ainsi que les durées de renouvellement de ces équipements (100% santé ou offre libre) sont indiquées dans le tableau des garanties figurant à l'article 4.4 de la Notice d'information

### **4.3 Renforts**

- **Hospitalier et médecin OPTAM + 50% et non OPTAM sur les formules 1,2 et 3**
  - Sur les postes : Consultation et visites (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, radiologie, soins externes (consultations réalisées au sein des établissements hospitaliers publics et cliniques privées), honoraires hospitalier
  - + 20 euros sur la chambre particulière
- **Optique et dentaire :**
  - + 100% DENTAIRE,
  - + 150 euros OPTIQUE par an et par bénéficiaire
  - + 300 euros DENTAIRE non remboursé par an et par bénéficiaire
- **Bien être 1 :**
  - Forfait de 125 euros : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, pédicures
  - 100% + 100 euros cure thermale, limité à une cure par an et par bénéficiaire
  - 35 euros pour la prescription de médicaments non remboursés par an et par bénéficiaire
- **Bien être 2 :**
  - Forfait de 250 euros : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, pédicures
  - 100% + 200 euros cure thermale, dans la limite d'une cure par an et par bénéficiaire
  - 70 euros pour la prescription de médicaments non remboursés par an et par bénéficiaire
- **Prothèses :**
  - + 100 euros pour la pose de prothèses orthopédiques ou capillaire remboursées
  - + 200 euros par appareil auditif par an et par bénéficiaire

**DESCRIPTIF DES PRESTATIONS :**

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés.

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale

- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale

- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) des dépassements d'honoraires et de la majoration de la participation mentionnée dans le code de la Sécurité Sociale et de la santé publique

**Formules Santé – TABLEAU DE GARANTIE**

	Part SS	<input type="checkbox"/> Niveau 1	<input type="checkbox"/> Niveau 2	<input type="checkbox"/> Niveau 3	<input type="checkbox"/> Niveau 4	<input type="checkbox"/> Niveau 5	<input type="checkbox"/> Niveau 6
<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>							
Consultation et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100% (100% si non Optam)	125% (105% si non Optam)	150% (130% si non Optam)	175% (155% si non Optam)	220% (200% si non Optam)	300% (200% si non Optam)
Actes techniques médicaux	70%						
Radiologie	70%						
Soins externes (consultations réalisées au sein des établissements hospitaliers publics et cliniques privées)	60 à 70%						
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>							
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	110%	125%	150%	175%	200%
Transport remboursé par la Sécurité sociale	65%						
Analyses et examens de laboratoire remboursé par la Sécurité sociale	60%	100%	110%	125%	150%	175%	200%
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire (16)	60%	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel
<b>MEDICAMENTS</b>							
Pharmacie remboursées par la Sécurité sociale (0)	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	30%						
	15%						
<b>MATERIEL MEDICAL</b>							
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	110%	125%	150%	225%	300%
<b>HOSPITALISATION</b>							
<b>HONORAIRES</b>							
Honoraires, Frais de séjour (1)	80%	100% (100% si non Optam)	120% (100% si non Optam)	150% (130% si non Optam)	180% (160% si non Optam)	220% (200% si non Optam)	300% (200% si non Optam)
Chambre particulière (2)	-	-	30 €	40 €	50 €	60 €	95 €
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (3)	-	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel
Forfait Patient Urgences (17)	-	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel

## Formules Santé – TABLEAU DE GARANTIE (suite)

	Part SS	<input type="checkbox"/> Niveau 1	<input type="checkbox"/> Niveau 2	<input type="checkbox"/> Niveau 3	<input type="checkbox"/> Niveau 4	<input type="checkbox"/> Niveau 5	<input type="checkbox"/> Niveau 6
<b>OPTIQUE</b>							
<b>Equipement de classe A (4) et (5)</b>							
Equipement classe A 100% Santé (4) (5)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Equipement libre de classe B (2 verres et une monture) (6)</b>							
Equipement verres simples (unifocaux) (7)	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Equipement verre simple + verre complexe (7)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Equipement verres complexes (7)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Equipement Mixte (combinaison de verres et de montures de classe A et B)</b>							
Equipement combinant des verres classe A 100% Santé et une monture libre classe B (montures limitées à 100 euros) (5)	60% (b)	<b>Se référer aux forfaits équipement de classe B déduction faite des frais réels remboursés au titre de la monture de classe A</b>					
Equipement combinant des verres classe B et une monture de classe A 100% Santé (montures limitées à 30 euros) (4) (5) (6)							
<b>Autres prestations (8)</b>							
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DENTAIRE</b>							
Soins et Prothèses 100 % Santé (10)	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Soins dentaires</b>							
Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Prothèses dentaires</b>							
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
▪ Prothèses à honoraires maîtrisés (11)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Orthodontie</b>							
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (par semestre) (12)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
Prothèses 100 % Santé	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Prothèse auditive (14)</b>							
Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Accessoires (15)</b>		100%	100%	100%	100%	100%	100%

## 5 Renforts aux choix

### Renfort Hospitalier et médecin (OPTAM + 50% et non OPTAM sur les formules 1,2 et 3)

HONORAIRES MEDICAUX	
Consultation et visites (généralistes et spécialistes)	50%
Actes techniques médicaux - soins externes	50%
Radiologie	50%
HONORAIRES HOSPITALIER	
Honoraires, Frais de séjour (1)	50%
Chambre particulière (2)	20 €

### Renfort Optique et dentaire

OPTIQUE	
Tout équipement, par an et par bénéficiaire	150 €
SOINS DENTAIRES	
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	100%
Prothèses dentaires	100%
DENTAIRE non remboursé par an et par bénéficiaire	300 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (par semestre) (12)	100%

### Renfort Bien Etre 1

ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, pédicures Forfait / an	125 €
Cure	100% + 100€
médicaments non remboursés par an et par bénéficiaire	35 €

### Renfort Bien Etre 2

ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, pédicures Forfait / an	250 €
Cure	100% + 200€
médicaments non remboursés par an et par bénéficiaire	70 €

### Renfort Prothèse

MATERIEL MEDICAL	
Appareillages orthopédiques ou capillaire remboursées	100 €
Equipeement libre de classe B (2 verres et une monture) (6)	
Appareil auditif par an et par bénéficiaire	200 €

- 1) dont les Spécialités homéopathe. (7° R.322-1) jusqu'à leurs remboursements totaux de la Sécurité social prévus en 2021
- 2) Frais de séjour : 100 %, durée illimitée.
- 3) Limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médicosociaux. Illimitée en chirurgie et médecine. Non prise en charge en MAS et EPHAD.
- 4) Forfait hospitalier : 20 €/jour sauf psychiatrie (15 €/jour), durée illimitée sauf 90 jours pour les établissements médico-sociaux. Les MAS et EPHAD sont non pris en charge.
- 5) Prise en charge intégrale des équipements de classe A dans la limite des prix de vente définis par la réglementation
- 6) Renouvellement : pour les bénéficiaires de plus de 16 ans et plus, après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge. Pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement  
Possibilité de choisir la monture en classe Équipement 100 % santé ou hors Équipement 100 % santé et de prendre les verres dans l'autre classe.
- 7) Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- 8) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries  
- Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs  
- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
- 9) Forfait annuel par an et par bénéficiaire s'ajoutant au remboursement éventuel du RO.
- 10) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- 11) Soins et prothèses relevant du "100 % Santé" au 1 janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention.
- 12) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1 janvier 2020.
- 13) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- 14) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- 15) La prise en charge est limitée à un équipement par oreille par période de quatre ans. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.  
En outre, la prise en charge est limitée à 1 700€ par appareil (Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller).
- 16) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale. Les accessoires suivants : écouteur, microphone, embout auriculaire (pour bénéficiaire de moins 2 ans : 4 embouts / an / appareil ; pour bénéficiaire de plus de deux ans : 1 embout /an/appareil), pile sans mercure.
- 17) Dispositif "MonPsy", dans la limite de 8 séances par an et par assurés
- 18) Participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non-suivis d'une hospitalisation

**Association** : REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE (RMP) Association régie par la loi 1901, 27 Monteux 84170. Enregistrée à la Préfecture du Vaucluse sous le N°W843003480, dont le siège social est situé 243 avenue CUGNOT – ZA des Escampades - MONTEUX - 84170

**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 pour le risque de décès (branche 20 vie-décès), pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle (branches 1 et 2 – accident et maladie), 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 contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

**Distributeur** : VITALITE SANTE Société de courtage en assurances (Art L520- II, B du code des assurances) 15 rue Aux Loups 95560 Montsoult S.A.R.L au capital de 50 000 € RCS Pontoise 439 891 458. Garantie financière et assurance de responsabilité civile et professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances. N° Orias : 07002127 [www.orias.fr](http://www.orias.fr). En cas de réclamation les coordonnées sont : Vitalité santé 15 rue Aux Loups 95560 MONTSOULT RCS pontoise 439 891 458 ou celles de l'ACPR : 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09– Le numéro d'immatriculation peut être consultable auprès de l'ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr) – En application de l'article L.520-I II du code des assurances.

**Gestionnaire des adhésions et des prestations** : ASRAMA GESTION, société de courtage en assurances et gestionnaire de produits d'assurances ; SAS au capital de 300000 euros, Siège Social : 25 Cours A Thomas, 69003 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le n° 842 565 111, ORIAS 18006620 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), Garantie financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes au Code des Assurances). Entreprise régie par le code des Assurances soumise au contrôle de l'ACPR : 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Les garanties

## V. Délais d'attente

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré sans aucun délai d'attente.

## VI. Exclusions

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Sont exclus des garanties prévues par le contrat :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements,
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en Maison d'Accueil Spéciale (MAS), en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en Longs séjours,
- les soins esthétiques, sauf ceux pris en charge par la Sécurité Sociale, les cures de toutes natures effectuées à des fins esthétiques,
- les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre des renforts BIEN-ETRE 1 et BIEN-ETRE 2), la thalassothérapie,
- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés.

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables » et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

## IV. FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

### I. Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion et prend effet à la date indiquée sur ce dernier. La date d'échéance du contrat est sa date annuelle d'échéance anniversaire. Le contrat est conclu pour une première période de 12 mois. Il est reconduit ensuite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

**Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous la condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la Souscription.**

### II. Déclarations en cours d'adhésion

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur 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 bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-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 à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « Cotisations ».

S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de primes à compenser.

Les déclarations en cours de contrat doivent être envoyées à :

ASRAMA GESTION  
CS 60076  
243 AVENUE CUGNOT  
84170 MONTEUX

**Ces événements doivent être signalés dans un délai de 30 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.**

**En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.**

### III. Modifications des garanties

#### À la demande de l'adhérent

Les modifications de garantie, ne sont possibles qu'à la date échéance anniversaire du contrat sauf conditions dérogatoires (déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès).

L'adhérent doit demander ce changement par écrit (courrier ou email) et au plus tard deux mois avant l'échéance du contrat.

Toutefois, une modification de niveau de garanties ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet du dernier avenant. Qu'il s'agisse d'une diminution ou d'une augmentation de niveau (formule) de garanties, l'écart entre le niveau de garanties avant la modification et celui après la modification ne pourra pas dépasser deux niveaux consécutifs.

La modification des garanties de l'adhérent et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications. Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratation).

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « 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 prime à compenser.

#### À la demande de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux 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, l'assureur 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 jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.



## IV. Ajout ou retrait de bénéficiaires

### En cours de contrat, à l'échéance du contrat

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance anniversaire du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance, en écrivant à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 AVENUE CUGNOT  
84170 MONTEUX

### En cours de contrat, hors échéance du contrat

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 :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption ;
- Dans un délai de 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, la modification du contrat 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 séparation ou de divorce,
- 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 du contrat 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 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat 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 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 Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, 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 à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article « 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 prime à compenser.

## V. Adaptation du contrat suite à modification du régime de base de la Sécurité sociale

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale 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 du contrat, sans application du délai de préavis.

## VI. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation peut entraîner, dans les conditions indiquées à l'article VI, chapitre 5, la suspension des garanties.

La suspension entraîne, même si la cotisation est acquittée ultérieurement, la perte du droit aux prestations prévues par l'adhésion pour :

- Les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- Les Hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- Les maladies ou les Accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences.

## VII. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués ci-dessous :

### **7.1 Formes de la résiliation**

Lorsque la résiliation est du fait de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

Lorsque la résiliation vient est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée, envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

### **7.2 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 feront l'objet d'un remboursement complémentaire sauf en cas de résiliation 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.

Lorsqu'une résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée à l'Adhérent, 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 du Contrat 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 du Contrat.

### **7.3 Résiliation par l'adhérent**

La résiliation doit être notifiée à ASRAMA selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 AVENUE CUGNOT  
84170 MONTEUX

- Par Lettre Recommandée Electronique ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)
- A l'aide du formulaire mis à disposition sur le site Adhérent du gestionnaire.

L'adhérent peut résilier son contrat :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue aux conditions particulières, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale 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 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 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- Après douze (12) mois d'adhésion, l'adhérent peut procéder à la résiliation de son contrat à tout moment. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.

### **7.4 Résiliation par l'assureur**

L'assureur peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de l'adhérent soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

## **7.5 Résiliation pour changement de situation**

En cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- Changement d'adresse de la résidence principale si ledit changement entraîne une modification des cotisations
- Changement de régime et de situation matrimoniale
- Changement de catégorie socio-professionnelle
- Souscription à un contrat collectif obligatoire
- Perte d'emploi, chômage
- Retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle
- Acquisition de la complémentaire santé solidaire

Le contrat d'assurance pourra être résilié par chacune des parties lorsque l'évènement a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances).

En cas pareil, la résiliation ne pourra intervenir que dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'évènement et prendra effet un (1) mois après que l'autre partie en a reçu notification.

Le cas échéant, le gestionnaire remboursera à l'Adhérent la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

## **7.6 Résiliation de plein droit**

Le contrat est résilié de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit le 1er anniversaire du départ.

## **7.7 Nullité de l'adhésion et conséquences de la nullité**

En cas de fraude ou de tentative de fraude de l'Assuré, de production de documents falsifiés et/ou de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle de plein droit.

La nullité prendra effet rétroactivement au jour de la fraude/fausse déclaration.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur et l'Adhérent devra en outre régler l'intégralité des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Par ailleurs, l'Adhérent devra restituer à l'Assureur l'ensemble des prestations payées depuis l'évènement sanctionné par la nullité.

## V. PRESTATIONS

### I. Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des blocs de garanties que l'adhérent a souscrits et qui figurent au Certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

ou via le site « Adhérent » du gestionnaire.

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.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Elles 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 gérés par le gestionnaire.

### II. Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

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

### III. Tiers payant

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur. Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

## IV. Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier et les actes non pris en charge par le régime obligatoire,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait hospitalier journalier, le lit et frais d'accompagnant
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. En cas d'évolution de la vue, il sera exigé une nouvelle prescription médicale ou la prescription d'origine comportant les mentions de l'opticien justifiant le changement de correction en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de deux ans après la date des soins ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

**L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.**

## V. Contrôle des dépenses et Expertise

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles 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.

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

## VI. Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

## VII. Arbitrage

L'Assureur peut déléguer, à ses frais, un médecin expert chargé de faire constater l'état de santé de l'Assuré. Le refus injustifié de se soumettre à une expertise médicale reporte de plein droit la mise en jeu des garanties et le règlement des prestations jusqu'à l'accomplissement de cette formalité. Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Assuré qui dispose alors d'un délai de (60) soixante jours pour exprimer son désaccord éventuel.

En cas de désaccord de l'Assuré sur les résultats de l'expertise, son médecin traitant et le médecin expert désignent un troisième médecin pour arbitrage. Il en sera de même en cas de désaccord entre les deux médecins désignés.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination et à l'expertise médicale éventuelle, étant supportés par parts égales par les deux parties.

## VI. COTISATION

### I. Montant de la cotisation

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- La formule de garantie choisie
- Le(s) renfort(s) choisi(s)
- L'âge de l'adhérent
- La composition de la famille assurée (et notamment du nombre d'adultes et du nombre d'enfants de moins de 28 ans ayant la qualité d'assuré)
- La zone géographique

Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

### II. Variation de la cotisation

La cotisation évolue chaque année, en fonction de l'âge de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance du contrat.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- Changement de niveau de garanties
- Changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- Ajout ou sortie de bénéficiaire,
- Modification du régime d'Assurance Maladie
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

### III. Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à l'échéance anniversaire du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

**L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.**

## IV. Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon un fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle ou mensuelle. 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.**

## V. Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent 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 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur 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.

## VII. AUTRES INFORMATIONS

### I. Subrogation

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

### II. 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance
- 2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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 prime 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.

### III. Examen des réclamations et procédure de médiation

#### 3.1 Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

Par courrier à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

Ou par courriel : [reclamation@asrama.fr](mailto:reclamation@asrama.fr)

Pour toute réclamation relative aux prestations, l'assuré doit s'adresser par courrier à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

Ou par courriel :

[reclamation@asrama.fr](mailto:reclamation@asrama.fr)

Si l'assuré ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) au service réclamations de l'assureur :

- Via le formulaire de contact présent sur le site internet, [www.prevoir.com](http://www.prevoir.com)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante :

PREVOIR - Service Réclamations  
19 rue d'Aumale –  
CS 40019  
75306 Paris Cedex 09.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si la souscription du contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'assuré ou l'assureur.

#### 3.1 Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Prévoir-Vie Groupe Prévoir applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'assuré et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'assuré peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

## IV. Traitement et Protection des données personnelles

### 4.1 Collecte et finalités d'utilisation des données personnelles

Les données à caractère personnel que Nous recueillons sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Nous, responsable des traitements listés ci-dessous, mettons en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins de l'Adhérent / l'Assuré,
- L'adhésion et la gestion administrative et commerciale du Contrat,
- La gestion des sinistres,
- La réalisation d'études marketing,
- La prospection commerciale, sauf si l'Adhérent s'y est opposé. L'Assureur et Nous, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettons en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :
- La gestion des réclamations,
- La réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- La réponse aux obligations légales.

Le Distributeur, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel pour :

- L'établissement de la simulation tarifaire,
- L'étude des besoins du client et/ou du prospect
- La prospection, sauf si le client s'y est opposé,
- L'adhésion
- Les réclamations concernant la distribution

Nous mettons en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, Nous mettons également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

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

Les données collectées sont susceptibles d'être traitées dans et hors Union Européenne, uniquement pour les finalités décrites ci-dessus. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent à celui en vigueur dans l'Union par la Commission européenne, Nous nous engageons à suivre la législation en vigueur tel que précisé ci-dessous :

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'Union Européenne par une autre société du groupe auquel Nous appartenons, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors Union Européenne soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'Union Européenne. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en Nous contactant.

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

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, en dehors du ou des contrats en cours d'exécution ou de contrats venant en complément, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

### 4.2 Conservation des données personnelles

Les données personnelles de l'Adhérent / l'Assuré sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme du Contrat.

### 4.3 Droits à la protection des données personnelles

Conformément au Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, l'Adhérent / l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation au traitement des informations qui concernent l'Adhérent / l'Assuré, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après le décès, qui peuvent être exercés par l'Adhérent / l'Assuré en adressant la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter Notre Délégué à la protection des données :

- Soit par voie postale à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

- Soit par voie électronique à l'adresse email suivante : [contact-cnill@asrama.fr](mailto:contact-cnill@asrama.fr)
- Ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré

La demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données personnelles (DPO).

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès de notre Médecin-conseil à l'adresse suivante :

Docteur JP LAFFONT  
96 Rue Crillon  
84310 MORIERES LES AVIGNON

L'Adhérent / l'Assuré disposent de la faculté d'introduire une réclamation :

En adressant

- Soit un courrier à l'attention de Notre DPO à l'adresse suivante :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

- Soit un courriel à l'adresse suivante : [contact-cnill@asrama.fr](mailto:contact-cnill@asrama.fr)
- Ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré

En remplissant un formulaire de plainte en ligne sur le site de la CNIL ou en envoyant un courrier à l'adresse postale suivante :

CNIL  
3 Place de Fontenoy - TSA 80715  
75334 PARIS CEDEX 07

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

#### 4.4 Sécurité

L'Assureur et Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles des Assurés et prospects et s'engagent à traiter les données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

#### 4.5 Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de données à caractère personnel, Nous nous engageons à en informer l'Assuré concerné dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés.

Nous informons l'Assuré, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et lui communiquons :

- La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;
- Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ; La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel.
- La description des mesures prises ou que les co-responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

## V. Loi applicable et Tribunaux compétents

Le Contrat est régi par le Code des assurances.

Le droit applicable du Contrat est le droit français en tant que droit de l'État de la Résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion.

L'Adhérent convient que la loi applicable est la loi française.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité, l'exécution ou la rupture du Contrat relèvent des tribunaux français.

## VI. Réglementation

En tant que société d'assurance, la société Prévoir VIE – GROUPE PREVOIR est soumise au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Prévoir VIE – GROUPE PREVOIR pourra demander à tout moment la communication de pièces complémentaires et soumettre la recevabilité d'une opération à la production des justificatifs demandés.

Dans ce cadre, l'Adhérent s'engage à communiquer à ASRAMA – par courrier à l'adresse suivante à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

Toute modification des informations communiquées notamment lors de l'adhésion et à adresser tout justificatif correspondant (état civil, profession...).

D'une manière générale, L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et /ou règlements édictées par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

## VII. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**  
4 place de Budapest CS 92459  
75436 Paris Cedex 09

## VIII. Démarchage à domicile : conclusion du contrat et droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme d'une lettre simple Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

### Lettre de renonciation

Je soussigné \_\_\_\_\_, N° de contrat \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Fait à : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature

## IX. Vente à distance : conclusion du contrat et droit de renonciation

### 9.1 Modalité de conclusion de contrat

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen d'«une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».

Conformément à l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

## 9.2 Droit de renonciation

La demande de renonciation peut être adressée par lettre simple suivant le modèle de lettre joint ci-après, à :

ASRAMA GESTION  
CS 60 076  
243 Avenue CUGNOT  
84170 MONTEUX

### Lettre de renonciation

Je soussigné \_\_\_\_\_, N° de contrat \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature

## X. Accès à l'espace personnel et dématérialisation des échanges avec l'Adhérent

### 10.1 Accès à l'espace personnel

L'espace personnel ci-après « Espace personnel » est un service mis en place, conçu et appartenant au Gestionnaire aux fins de permettre à l'Adhérent notamment de consulter ses contrats ou adhésions, et de procéder à certaines opérations en ligne, accessible sur internet à partir de l'adresse [www.asrama.fr](http://www.asrama.fr).

L'accès à la consultation de l'adhésion ainsi qu'aux actes de gestion disponibles en ligne, sera subordonné à l'activation de l'Espace personnel et à l'acceptation de ses conditions générales d'utilisation.

L'Adhérent reconnaît que l'accès à la consultation et à la gestion en ligne de l'adhésion ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de l'adhésion à la Convention.

### 10.2 Dématérialisation de certains documents

En cochant la case dédiée sur la demande d'adhésion, l'Adhérent accepte que toutes informations, notifications ou communications disponibles de la part du Gestionnaire relatives à son adhésion à la ou les Conventions (notamment relevés d'information annuels, documents contractuels et de gestion) lui soient communiquées, sous un format électronique durable, via son Espace personnel et/ou par courriel dans sa messagerie personnelle à l'adresse électronique qu'il aura indiquée.

Les documents ne lui seront alors plus adressés sous format papier par voie postale.

Dès qu'un nouveau document sera disponible sur son Espace personnel, l'Adhérent recevra un courrier électronique l'informant de sa mise à disposition en ligne.

L'Adhérent pourra à tout moment consulter, imprimer et/ou télécharger lesdits documents.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai le gestionnaire de toute modification de ses coordonnées électroniques (adresse e-mail et numéro de téléphone mobile) et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur le bon acheminement des informations et/ou des documents.

### 10.3 Droit d'opposition et retour au papier

L'Adhérent peut, à tout moment, par tout moyen à sa convenance, s'opposer à la dématérialisation de ces informations et/ou documents, en demandant à l'Assureur qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge. Cette démarche pourra être effectuée directement depuis l'Espace personnel.

A compter de la date de prise en compte de la demande d'opposition, l'Assureur adressera, sans frais, sur support papier, les informations et documents, à venir, relatifs à l'adhésion. Le retour aux échanges sur support papier n'aura d'effet que pour l'avenir.

## VI. LEXIQUE

**Accident** : Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

**Adhérent** : Le membre de l'Association personnellement affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français qui adhère au Contrat.

**Année civile** : L'année civile débute au 1er janvier et se termine le 31 décembre.

**Année d'adhésion** : Période qui sépare 2 dates anniversaire. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portées au Certificat d'Adhésion pour chaque assuré.

**Appel de Cotisations** : Avis d'échéance Vous informant du montant et des modalités de paiements des cotisations de votre Contrat.

**Association** : REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE (RMP) Association régie par la loi 1901, 27 Montoux 84170 Enregistrée à la Préfecture du Vaucluse sous le N°W843003480, dont le siège social est situé 1050 CHEMIN DES EXQUERTS -ZA LA TAPY – 84 170 MONTEUX

**Assuré** : L'Adhérent, son Conjoint, leurs Enfants. Chaque Assuré est bénéficiaire des garanties prévues au Contrat.

**Assureur** : PRÉVOIR VIE - GROUPE PRÉVOIR, société anonyme au capital de 81 000 000 euros, régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Paris sous le n° 343 286 183, ayant son siège social 19 rue d'Aumale, CS40019, 75306 PARIS Cedex 09. Elle garantit les risques frais médicaux.

**Ayant-droit** : ont la qualité d'ayant-droit au sens de l'article 615-10 du Code de la sécurité sociale, le conjoint de l'assuré sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, les autres membres de la famille tels que définis aux 2°, 3° et 4° de l'art L 313-3 du même Code.

**Base de Remboursement** : Tarif retenu par le Régime obligatoire La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

**Certificat d'adhésion** : Document émis par l'Assureur, matérialisant l'adhésion de l'Adhérent au Contrat, et mentionnant le nom de l'Adhérent, celui des Assurés, le niveau de garantie choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion, le montant de la cotisation et la Date d'effet.

**Conjoint** : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent (PACS).

**Date d'échéance** - échéance : Date servant de référence pour l'exercice de la faculté de résiliation annuelle. Elle est fixée à la date anniversaire de l'adhésion.

**Date d'effet de l'adhésion** : 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.

**Déchéance (perte de garantie)** : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'Adhérent à la suite de l'inobservation de ses obligations en cas de sinistre.

**Dépassement d'honoraires** : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**Enfant(s)** : Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 26e anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime obligatoire. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

**Forfait annuel** : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par Année d'assurance et par Assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

**Forfait journalier hospitalier** : Somme journalière restant à la charge de l'Assuré pour toute Hospitalisation d'une durée supérieure à 24h00. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Certains patients en sont dispensés : par exemple les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

**Hospitalisation** : Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du Contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisation à domicile (H.A.D.) prise en charge par la Sécurité sociale.



**Hospitalisation à domicile** : se définit comme devant répondre aux cinq conditions cumulatives suivantes :

- Elle doit être prescrite en tant que telle par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins,
- Elle doit avoir été acceptée par la CPAM,
- Des bulletins de situation d'hospitalisation à domicile doivent être délivrés par l'établissement hospitalier agréé chargé de la gérer,
- Le patient doit être pris en charge 7 jours sur 7 par l'équipe médicale responsable des soins,
- L'équipe médicale doit effectuer des actes médicaux complexes, dont la nature et l'intensité se distinguent des soins habituellement prodigués à domicile à la suite d'un séjour hospitalier

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**Institut Médico-Pédagogique** : Établissement d'accueil français qui accueille les enfants et adolescents atteints d'handicap mental présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques : troubles moteurs et sensoriels, troubles de la communication.

**Le contrat responsable** : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par la Sécurité sociale.

**Long séjour** : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

**Notice d'information** : Le présent document valant conditions générales applicables du Contrat définissant notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)** : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Pour connaître les médecins adhérant à l'un de ces dispositifs, il est possible de consulter le site « [ameli-direct.ameli.fr](http://ameli-direct.ameli.fr) »

**Participation forfaitaire de 1 euro** : Participation déduite de chaque remboursement de consultation (généraliste ou spécialiste), et d'examen radiologique ou biologique, par le Régime obligatoire dans la limite de 50 € par an, et non couverte par le Contrat, sauf pour les actes réalisés au cours d'une hospitalisation.

**Régime obligatoire** : Le Régime obligatoire français d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré, incluant le régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

**Résidence** : Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

**Secteur conventionné** : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du Régime obligatoire sont à la charge de l'Assuré social

**Secteur non conventionné** : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

**Sécurité sociale** : terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

**Service Hospitalier Spécialisé** : établissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

**Ticket Modérateur (TM)** : fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

**Verres optiques correcteurs** : dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

**Verres simples** : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

**Verres complexes** : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.

**Verres hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

**100% santé** : La réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Elle cible les trois domaines présentant les restes à charge les plus élevés (l'optique, l'audiologie et le dentaire), pour lesquels le remboursement intégral d'un ensemble de soins et d'équipements de qualité sera assuré (le « panier 100 % santé »).

**PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR**  
**NOTICE D'INFORMATION CONTRAT ASSURANCE SANTE COZY ZEN**  
**V 11/2021**

## ANNEXE À VOTRE CONTRAT « COZY ZEN »

### Information sur les frais de gestion et le rapport prestations/cotisations assureur

Madame, Monsieur,

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion : de votre futur contrat d'assurance santé.

- Le rapport prestations/cotisations (1) est de 81,87%
- Le taux des frais de gestion (2) s'établit à 50,92% répartis comme suit :

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

### RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE • Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

### VITALITÉ SANTÉ est une marque commerciale de Ritchaard Conseil •

Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 15 Rue aux Loups - 95560 MONTSOULT - Société à responsabilité limitée au capital de 50 000 € - RCS PONTOISE 439 891 458 - N°Orias : 07 002 127 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Assurance responsabilité civile professionnelle conforme au Code des Assurances - VITALITÉ SANTÉ est la marque de RITCHAARD SANTÉ.

### ASRAMA GESTION • Gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Email : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € • RCS Lyon 842 565 111

N° ORIAS : 18 006 620 [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

**PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR** • Société Anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 343 286 183 pour le risque de décès (branche 20 vie-décès), pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle (branches 1 et 2 – accident et maladie), 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 contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.