

AÉSIO SANTÉ PRO

NOTICE D'INFORMATION

**CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE**

Madame, Monsieur,

Vous avez, par l'intermédiaire de l'Association de prévoyance Mutualiste des Professionnels Indépendants (APM), souscrit un contrat collectif garantissant la prise en charge complémentaire à l'Assurance Maladie Obligatoire de vos frais de soins de santé.

Le contrat est établi dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.112-1 et suivants du Code de la mutualité. A l'exception du niveau « Eco », il est établi dans le cadre légal de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code général des impôts permettant la déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des cotisations versées par les travailleurs non-salariés de leur bénéfice imposable. Il est exclusivement soumis à la loi française.

Il est précisé que les garanties frais de santé souscrites dans le cadre du niveau « Eco » n'ont pas le caractère de garanties dites « responsables » au sens de la réglementation en vigueur (article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale) et n'ouvrent pas droit au cadre légal de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin ».

Les garanties sont assurées par AESIO Mutuelle (ci-après « la Mutuelle »).

Cette notice d'information vous présente toutes les informations pratiques relatives à la mise en œuvre de votre contrat : bénéficiaires du régime, détail des remboursements, formalités d'adhésion, démarches à accomplir pour obtenir le paiement de vos prestations.

Les prestations du régime sont reportées dans le tableau des garanties indissociable de la présente notice.

Sommaire

• BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	3
• MODALITES d'ADHESION	3
• VIE DU CONTRAT	4
• COTISATIONS	5
• PRESTATIONS SANTE	6
• DISPOSITIONS DIVERSES	9
• Annexe 1 : Tableau des garanties	12
• Annexe 2 : Notice d'information d'Assistance	13
• ANNEXE 3 - QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?	14
• TABLEAU DES GARANTIES	Annexe 1
• NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE	Annexe 2
• QU'EST-CE Q'UNE GARANTIE RESPONSABLE	Annexe 3

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires de la garantie sont :

- Le membre participant ;
- les ayants droit du membre participant.
-

- **Adhésion du membre participant**

L'adhésion au présent régime "Frais de Santé" Aésio Santé Pro est ouverte aux personnes suivantes :

- tout professionnel indépendant dont les revenus relèvent des dispositions prévues par l'article 62 du Code général des impôts ou de la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (artisans, commerçants, industriels) ou des bénéficiaires non commerciaux (profession libérale) assujettis à l'impôt selon un régime réel d'imposition,
- tout professionnel indépendant exerçant dans le cadre d'une société soumise à l'impôt sur les sociétés (gérant majoritaire de SARL, gérant de société en commandite par actions),
- tout conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant.

Pour pouvoir adhérer, le professionnel indépendant doit obligatoirement être affilié à l'Assurance Maladie Obligatoire et pouvoir justifier, lors de son adhésion et à chaque renouvellement annuel de celle-ci, du paiement de ses cotisations auprès dudit régime.

A la date de l'adhésion, le professionnel indépendant devient membre participant de la Mutuelle.

- **Adhésion des ayants droit**

Le membre participant est libre de faire adhérer au régime ses ayants droit, tels que définis ci-dessous. En cas d'affiliation, les ayants droit bénéficient automatiquement des mêmes garanties que celles du membre participant.

Sont considérés comme ayants droit du membre participant :

A - Les conjoints non divorcé et non séparé de corps judiciairement., concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité.

B - Les enfants du membre participant et/ ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement.

Les garanties cessent le 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle les enfants atteignent leur 25^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

C - Les enfants handicapés du membre participant reconnus handicapés avant leur 28 ans ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement.

MODALITES d'ADHESION

Pour adhérer, il suffit de compléter et de remettre à la Mutuelle un bulletin d'adhésion pour le membre participant et ses ayants droit (ci-après les documents à fournir selon le statut).

DOCUMENTS A FOURNIR A L'ADHESION

QUALITE DES BENEFICIAIRES	DOCUMENTS A FOURNIR (photocopie)
	Dans tous les cas : une copie de l'attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale. Et, dans les cas suivants, les pièces justificatives complémentaires :
Adhérent (membre participant)	→ Relevé d'identité bancaire ou postal pour le versement des prestations → Mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement
Enfant à charge de moins de 25 ans non marié, non pacsé ou ne vivant pas en concubinage	→ Attestation Vitale d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfants de 25 ans ou plus et de moins de 28 ans poursuivant leurs études ou inscrits à Pôle Emploi et à charge fiscalement	→ Certificat de scolarité → ou Attestation Pôle emploi
Enfants reconnus handicapés avant leur 28 ans	→ Attestation Allocation Enfant Handicapé (AEH) → Attestation Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Les modifications de RIB, attestation Vitale, changement de caisse de Sécurité sociale pour le membre participant ou ses ayants droit, changement d'adresse sont à adresser directement auprès de la Mutuelle dans le mois suivant l'évènement.

VIE DU CONTRAT

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, pour le membre participant :

- à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.
- ou lorsque le membre participant a confié à la Mutuelle un mandat pour la résiliation de son précédent contrat d'assurance, au lendemain de la date d'effet de la résiliation du précédent contrat.

Le membre participant est libre d'affilier ou non ses ayants droit tels que définis dans la présente notice.

S'il souhaite les faire bénéficier des garanties, il doit les inscrire sur son bulletin d'adhésion. Dans ce cas, ils seront couverts à la date prévue sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties prennent effet, pour les ayants droit, à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion. Les garanties prennent effet, pour le cas particulier des nouveau-nés et enfants adoptés, à la date de la naissance ou de l'adoption lorsque ceux-ci sont inscrits sur le bulletin d'adhésion dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

Aucun délai de carence ne sera appliqué pour les garanties frais de santé, **sauf en ce qui concerne le forfait « Vivre mieux - pathologies lourdes »**. Pour ce forfait, il sera appliqué un **délai de carence de 90 jours à compter de l'adhésion à la garantie Aésio Santé Pro. Un délai de carence est défini comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas.**

FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e)

Nom.....

.....

Prénom.....

.....

Adresse complète du membre participant :

.....

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À

le / /

Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

MODIFICATION DES DROITS ET OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

La présente notice d'information est remise au membre participant. Elle définit notamment la garantie du contrat, les modalités d'entrée en vigueur et de cessation de la garantie, les formalités à accomplir en cas de demande de remboursement ainsi que toute nullité, échéance, prescription, exclusion ou limitation de garantie.

En cas de modification des droits et obligations du membre participant, une nouvelle notice d'information (ou additif) sera remise aux membres participants comportant les modifications apportées aux garanties.

Si les modifications proposées ne conviennent pas au membre participant (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), le membre participant pourra résilier sa couverture et celle de ses ayants droit dans le mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information (modalités : voir paragraphe « *Résiliation de l'adhésion par le membre participant / Radiation des ayants droit* »).

RESILIATION DE L'ADHESION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Principe :

Faculté de résiliation annuelle :

Le membre participant peut, chaque année, demander la résiliation de son adhésion en envoyant une lettre recommandée à cet effet à la Mutuelle **au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile**. L'adhésion prend fin le 31 décembre à minuit. Aucune demande de résiliation ne peut prendre effet en cours d'année à l'exception de celles autorisées par le Code de la mutualité ou la présente notice d'information.

Faculté de résiliation infra-annuelle :

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion à une garantie frais de santé en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

L'adhésion cesse à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

Exceptions :

En cas de modification des droits et obligations du membre participant, ce dernier peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée adressée à la Mutuelle dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information (ou additif) comportant les modifications. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

RADIATION DES AYANTS DROIT

• **Modalités**

L'adhésion des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le membre participant, **signifiée à la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile (soit le 31 octobre au plus tard)**. La radiation prend effet le 31 décembre à minuit.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année

• **Dérogations**

- en cas de modification des garanties, à condition d'effectuer la demande dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- en cas de changement de situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La radiation prend alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.
- en cas de changement de situation professionnelle du conjoint, du partenaire de PACS, ou du concubin entraînant l'adhésion à un régime santé collectif obligatoire (attestation employeur à fournir). La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

FIN DE LA GARANTIE

Le membre participant et ses ayants droit cessent de bénéficier des garanties dans les situations suivantes :

- à l'expiration du mois au cours duquel le membre participant ne remplit plus les conditions pour être bénéficiaire de la garantie,
- pour la couverture d'un ayant droit, à l'expiration du mois au cours duquel il perd cette qualité, ou à la date du décès,
- pour la couverture des ayants droit, à l'expiration du mois au cours duquel intervient le décès du membre participant, et pour le membre participant à la date du décès,

- A la date d'effet de la résiliation, par le membre participant, de la couverture de ses ayants droit,
- A la date d'effet de la résiliation, par la Mutuelle, de la couverture du membre participant, en cas de non-paiement de la cotisation correspondante par le membre participant.

La Mutuelle peut résilier l'adhésion d'un membre participant en cas de non-paiement des cotisations (voir paragraphe : « *Défait de paiement des cotisations par le membre participant* »).

La cessation des garanties du membre participant entraîne par conséquent, celle de ses ayants droit. La carte de mutuelle de chaque bénéficiaire doit être restituée à la Mutuelle.

COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles tiennent compte des taxes en vigueur.

En cas d'adhésion ou de résiliation en cours de mois, les cotisations sont calculées prorata temporis. Le membre participant, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée à partir de la date d'effet du contrat et jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Les cotisations sont définies en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- de la zone géographique (numéro de département) dans laquelle réside le membre participant selon la grille de répartition suivante :
Zone 1 : 03 - 12 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 22 - 23 - 24 - 29 - 35 - 36 - 39 - 41 - 44 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 53 - 56 - 61 - 63 - 72 - 79 - 85 - 86
Zone 2 : 01 - 07 - 08 - 10 - 11 - 25 - 26 - 27 - 28 - 32 - 37 - 40 - 43 - 45 - 51 - 52 - 55 - 58 - 70 - 71 - 73 - 74 - 76 - 80 - 81 - 82 - 89 - 90
Zone 3a : 04 - 05 - 09 - 19 - 20 - 21 - 57 - 65 - 66 - 68 - 84 - 87 - 88
Zone 3b : 02 - 60
Zone 4a : 30 - 33 - 38 - 42 - 64 - 69 - 77 - 83
Zone 4b : 59 - 62
Zone 5 : 06 - 31 - 34 - 54 - 67 - 78 - 91 - 93 - 94 - 95
Zone 6 : 13 - 75 - 92 - DOM TOM & ETRANGER
- de l'âge des bénéficiaires, apprécié au 1^{er} janvier de chaque année,
- de la composition familiale.

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle de tout changement d'adresse et à fournir un justificatif. La Mutuelle recalculera la nouvelle cotisation du membre participant et celle de ses ayants droit si ce déménagement entraîne un changement de zone tarifaire. Cette modification de tarif prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant sa notification à la Mutuelle.

Les cotisations sont gratuites à partir du troisième enfant inscrit en tant qu'ayant droit d'un membre participant, les cotisations sont

gratuites pour ce troisième enfant et les suivants (jusqu'à l'âge de 25 ans et tant que 3 enfants - au moins - ont moins de 25 ans - âge apprécié au 1er janvier de l'année en cours).

La naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

En cas de décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, la cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont payées directement par le membre participant auprès de la Mutuelle selon les modalités ci-dessous :

- prélèvement automatique sur le compte du membre participant (mandat SEPA à signer) ;
- chèque

Défaut de paiement des cotisations par le membre participant :

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu des garanties conformément à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat.

La cotisation annuelle reste due. La Mutuelle pourra poursuivre en justice l'encaissement de la cotisation.

PRESTATIONS SANTE

OBJET

Les prestations sont décrites dans le tableau des garanties joint en annexe.

Les garanties "frais de santé" ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par le membre participant ou ses ayants droit pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature.

La garantie Aésio Santé Pro est composée des niveaux suivants :

- Un niveau « Eco », n'ayant pas le caractère de garantie dite « responsable » au sens de la réglementation en vigueur

(article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale) et ne permettant pas de bénéficier de la déductibilité prévue par la loi relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle du 11 février 1994 (dite « Loi Madelin »),

- 6 niveaux (de 1 à 6) ayant le caractère de garanties dites « responsables » et ouvrant droit au cadre légal de la Loi Madelin.

Le caractère responsable de la couverture nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. La Mutuelle pourra en conséquence adapter les prestations et cotisations en fonction de ces exigences.

MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES

Le membre participant peut demander une modification du niveau de sa garantie à tout moment de l'année s'il justifie d'une adhésion de 12 mois minimum sur le niveau de garantie souscrit. La modification sera effective le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion modificatif.

REGLES DE REMBOURSEMENT

Sauf cas particulier précisé en annexe dans le tableau des garanties, **l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.**

Les prestations sont basées sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation de l'Assurance Maladie Obligatoire française en vigueur ou sur des montants forfaitaires indiqués dans le tableau des garanties, ou en pourcentage de la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française et qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS). **Sauf dispositions contraires prévues dans le tableau des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

Si les remboursements ou les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont modifiés avant l'échéance annuelle du contrat, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

DATE DES SOINS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour du paiement des cotisations et les droits du bénéficiaire auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire doivent être ouverts.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou sur celui du bénéficiaire de son choix.

Les prestations d'assistance ne sont pas directement assurées par la Mutuelle qui intervient en tant qu'intermédiaire mutualiste d'Inter Mutuelles Assistance (IMA).

TIERS PAYANT

Après adhésion, le membre participant recevra la ou les cartes de mutuelle sur lesquelles figureront les bénéficiaires inscrits.

Sur présentation de la carte de mutuelle, le membre participant et ses ayants droit sont dispensés d'avancer les frais à l'hôpital, à la pharmacie et chez tous les professionnels de santé conventionnés (opticiens, dentistes, laboratoires d'analyses, radiologues...).

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

SOINS NE BENEFICIAINT PAS DU TIERS PAYANT

Avec la carte Vitale, le membre participant n'a aucune feuille de soins à transmettre. La Mutuelle gère tout en direct, en organisant des liaisons automatiques (NOEMIE) avec les principaux régimes obligatoires d'assurance maladie.

A défaut de liaison automatique avec le régime obligatoire d'assurance maladie du bénéficiaire, le membre participant devra faire parvenir le décompte de l'Assurance Maladie Obligatoire à la Mutuelle.

Et pour certains remboursements, le membre participant devra également fournir les pièces suivantes :

Nature des frais	Pièces justificatives
Honoraires	- Facture détaillée, datée et acquittée
Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant	- facture détaillée, datée et acquittée
Forfait journalier hospitalier	- facture détaillée, datée et acquittée

Soins hors nomenclature	- note d'honoraires du professionnel de santé
Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire	- note d'honoraires du professionnel de santé
Optique hors prise en charge en tiers payant	- facture détaillée et acquittée
Prothèse dentaire	- facture des honoraires acquittée
Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau des garanties	- facture détaillée, datée et acquittée
Equipement asthme, allergies et aides respiratoires	- facture nominative acquittée de la pharmacie ou parapharmacie ou d'un magasin de matériel médical"
Forfait vivre mieux-pathologie lourde " - lingerie médicale adaptée "	- facture détaillée, datée, nominative et acquittée
Forfait « Activité physique »	- photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité - et justificatif de paiement

D'autres justificatifs particuliers pourront être exigés par la Mutuelle pour permettre la prise en charge des garanties.

LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant (ou aux personnes inscrites sur la carte de mutuelle), après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des

dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Prestations Forfait Vivre mieux – pathologies lourdes :

La Mutuelle améliore la prise en charge des dépenses de santé liées aux pathologies lourdes en complétant le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou en intervenant sur certaines dépenses de santé ne bénéficiant d'aucun remboursement à ce titre.

La prise en charge de la Mutuelle intervient après un délai de carence de 90 jours à compter de la date d'adhésion à la garantie Aésio Santé Pro dans la limite d'un forfait dont le montant est précisé sur les postes décrits au tableau des garanties et sur présentation d'une facture nominative acquittée. Ce forfait est valable pour une période de 4 ans à compter du 1er remboursement. Le montant total du forfait se renouvelle intégralement au terme des 4 années faisant suite au 1er remboursement. Les années s'apprécient de date à date à compter du 1er remboursement.

Pour les actes et soins réalisés par un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé, la Mutuelle ne pourra intervenir au-delà de 200 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

EXCLUSIONS

Sont exclues de la garantie, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants.

a) Exclusions relatives aux garanties responsables :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnés au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

Ces exclusions sont également applicable au niveau de garantie « Eco » n'ayant pas le caractère responsable.

b) Exclusions relatives aux garanties

- les frais en établissements de long séjour et les séjours en sections de cures médicales ;
- les frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de traitement esthétique, d'abus de l'alcool, de thalassothérapie, d'utilisation de stupéfiants non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ;
- les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées – MAS),
- pour la garantie « Forfait Activité physique » sont exclus de ce forfait la pratique des sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux et les sports relatifs à la chasse ou au tir, visés ci-dessous :
 - Sports de glisse : airboard, freebord, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,
 - Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,
 - Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM,
 - Sports de loisirs : pêche, chasse (quelle que soit la nature de la chasse), ball-trap, tir.

Ne donnent droit à aucun remboursement, les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau des garanties et dans la limite des montants exprimés.

Ne donne droit à aucun remboursement les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau de garanties et dans la limite des montants exprimés.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les soins doivent être postérieurs à la date d'effet de l'adhésion, et toute demande de prestation doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins.

Les remboursements ne peuvent excéder le montant total des dépenses. Toute prestation indûment versée sera réclamée par la Mutuelle.

DISPOSITIONS DIVERSES

EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Peut être exclu le membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de mutuelle sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts de la Mutuelle.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins
- Soins externes hospitaliers : date des soins
- Soins dentaires : date des soins
- Prothèses dentaires : date d'exécution
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste,...) : date des derniers soins
- Séjour : date d'entrée
- Honoraires : date des soins
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation
- Appareillage : date de facturation
- Cure thermale : date de fin de cure

- Pharmacie : date de facturation
- Orthodontie : date des soins

CONTROLE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du régime.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le membre participant et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent désigner un médecin d'un commun accord. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du Tribunal Judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et le membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le membre participant.

SUBROGATION

Les accidents avec un tiers responsable devront être déclarés à la Mutuelle afin de lui permettre d'exercer son droit de subrogation et d'entamer tous les recours possibles.

Subrogation à l'égard des tiers :

La subrogation permet à la Mutuelle en cas d'accident du bénéficiaire, de récupérer les prestations versées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.

Par accident, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté. Il peut s'agir d'un accident sans tiers (sportif, scolaire) ou d'un accident causé par un tiers (accident de la circulation, agression, ...).

La Mutuelle est subrogée de plein droit dans leur action contre le tiers responsable, lorsque le membre participant ou ses ayants droit sont victimes d'un accident.

La Mutuelle exerce ce recours subrogatoire dans la limite des dépenses qu'elle a engagées et pour la part qu'elle a indemnisée.

Afin de permettre à la Mutuelle d'exercer le cas échéant, ces droits et actions, le membre participant doit tenir la Mutuelle informée de la survenance de l'accident.

Le membre participant ou ses ayants droit doivent également tenir la Mutuelle informée de l'état et de l'évolution de leurs blessures, de leur consolidation, ainsi que de leurs intentions à l'égard du tiers ou de l'assureur substitué.

Il en est de même de toute instance judiciaire, pénale ou civile, tant en ce qui concerne son engagement que son déroulement et son aboutissement.

Le membre participant ou ses ayants droit doivent de même tenir la Mutuelle informée de tout projet de règlement amiable avec l'auteur de l'accident ou son assureur.

Subrogation à l'égard des caisses d'Assurance Maladie Obligatoire:

L'adhésion à la Mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

FAUSSES DECLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits et l'amélioration de la relation client ;

- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du membre participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de La Mutuelle via la Charte de protection des données.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AESIO Mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

ACTION SOCIALE

Le fonds social de la Mutuelle poursuit un objectif d'entraide et de solidarité entre les adhérents de la mutuelle. Il permet d'accompagner ponctuellement les membres participants et leurs ayants droit qui rencontrent des difficultés particulières.

Lorsque certains soins viennent fragiliser la situation financière d'un adhérent et qu'il lui est difficile de faire face à ces dépenses de santé imprévues (soins dentaires, audition, hospitalisation, prestations de santé diverses, handicap...), il peut solliciter l'intervention du fonds social pour une aide financière ponctuelle.

Les demandes doivent être formulées à la Mutuelle :

- soit par téléphone: 04 66 29 39 32
- soit par courrier : AESIO Mutuelle - Service Action sociale- 393 rue de l'hostellerie - 30018 Nîmes cedex 09
- soit par e-mail : actionsociale@adreamutuelle.fr

La commission d'action sociale, composée d'adhérents, étudie les demandes et se base sur des critères objectifs pour évaluer, en toute équité, chaque situation et décider de l'attribution d'une aide financière qui reste exceptionnelle. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention n'est susceptible d'aucun recours.

RECLAMATION - MEDIATION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification, ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (conformément à la recommandation de l'ACPR du 14 novembre 2016 n°2016-R-02)

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent contrat doivent être adressées par écrit à AESIO Mutuelle, soit par courrier à AESIO Mutuelle – Service Réclamations – 67 rue des Cras 25041 BESANCON Cedex, soit par mail à reclamations@adreamutuelle.fr. Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, par courrier ou par courriel.

Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

En l'absence de réponse de la Mutuelle dans le délai précité ou en cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française qui peut être saisi :

- Soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>

REALISATIONS MUTUALISTES

Le membre participant et ses ayants droit peuvent bénéficier des prestations et services proposés par les unions mutualistes auxquelles adhère la Mutuelle.

AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 -75436 PARIS CEDEX 9.

L'ASSISTANCE

Le membre participant peut bénéficier des prestations de la garantie assistance souscrite par la Mutuelle auprès d'IMA Assurances - Société anonyme au capital de 7.000.000 € entièrement libéré. Siège social : 118 avenue de Paris – 79000 Niort Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Niort 481 511 632.

La garantie assistance cesse le jour où la présente garantie "frais de santé" cesse de produire ses effets.

IMA assume l'entière responsabilité de la fourniture des garanties d'assistance et effectue la gestion des sinistres y afférant conformément aux dispositifs prévus à la notice d'information. Ces dossiers sont gérés directement avec les bénéficiaires.

La notice assistance jointe en annexe présente l'ensemble des services accessibles.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES

ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION D'ASSISTANCE

ANNEXE 3 - QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1°) DES PRISES EN CHARGE OBLIGATOIRES :

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= **100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales;
- la prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée

2°) L'ENCADREMENT DE CERTAINES PRESTATIONS SI ELLES SONT PREVUES PAR LE CONTRAT :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) **et** doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(* Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3°) DES PRISES EN CHARGES EN DENTAIRE, OPTIQUE ET DES AIDES AUDITIVES :

- **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :
 - La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :
 - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.

4°) DES EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) LA POSSIBILITE DE BENEFICIER DU TIERS PAYANT :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

¹ Liste des Produits et Prestations