



MUTUELLE SANTE 2012

SS / TNS / AGRICOLES

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion
CONVENTIONS N° 10 014 002- MUTUELLE SANTE 2012
CONDITIONS GENERALES

1 : PREAMBULE

Il a été conclu entre GAMEST ASSOCIATION et la MUTUELLE ALSACE LORRAINE les Conventions d'assurance de groupe N° 10 014 002 – MUTUELLE SANTE 2012, à adhésion facultative, régies par le Code des Assurances. Les conditions ci-après et les certificats d'adhésion des Adhérents en reprennent les dispositions essentielles. GAMEST ASSOCIATION étant gérée par REPAM, les adhérents bénéficient de la garantie assistance de REPAM souscrite auprès de GARANTIE ASSISTANCE sous le N°000001616.

Les Conventions ont pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Adhérent et les membres de sa famille. Elles reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Adhérent.

Contrats responsables :

La présente convention d'assurance s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables » issus de l'article 57 de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quelque soit le niveau choisi. **En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par la Sécurité Sociale. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties d'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.**

2 : DEFINITIONS

ADHERENT / ASSURE :

La personne qui adhère au contrat et est à jour de ses cotisations.

BENEFICIAIRES :

Sont bénéficiaires de l'Assurance, l'Adhérent, son conjoint ou concubin et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime agricole, soit du régime d'assurances sociales des Travailleurs Non Salariés, soit du régime Alsace Moselle.

MALADIE :

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

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimum comprend une nuit complète. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

SOINS MEDICAUX COURANTS :

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
- le tarif servant de base au remboursement,
- le taux de participation du régime obligatoire,
- la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire,
- les frais réellement engagés par vous,
- la formule de garantie "complémentaire santé" que vous avez retenue.

R.O. : Régime obligatoire.

T.C : Tarif de Convention

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

T.R : Tarif de Responsabilité

Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

T.M : Ticket Modérateur

La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

T.A : Tarif d'Autorité

Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

ADAPTATION DES GARANTIES AUX NOUVELLES REFORMES

Les garanties s'adapteront automatiquement au fur et à mesure de la mise en place des réformes en cours afin de répondre aux obligations des contrats « responsables » (loi du 13.08.2004 – décret du 29.05.2005). Les pourcentages de garanties basées sur les tarifs actuels seront appliqués sur la base de remboursement.

BASE DE REMBOURSEMENT : Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

CCAM Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

DELAI D'ATTENTE :

Les garanties sont accordées sans délai d'attente pour les formules Eco, Nature et Confort.

Pour les formules Confort +, Prestige et Prestige +, un délai de six mois est appliqué en hospitalisation et en optique, un délai de neuf mois est appliqué pour les frais de maternité, un délai de douze mois est appliqué pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et la psychiatrie. Ces délais sont supprimés si les Assurés peuvent justifier qu'ils bénéficiaient de garanties identiques lors de leur adhésion. Pendant ce délai d'attente, si vous ne pouvez justifier de garanties précédentes identiques, vous bénéficiez automatiquement de la garantie Confort.

3 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par le centre de gestion M.A.L./ REPAM.

Les personnes sont affiliables avant le 31 décembre de leur 65^{ème} anniversaire pour toutes les formules. Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant le niveau choisi.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en aurez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

- Un changement de profession ou d'activité professionnelle d'un bénéficiaire entraînant un changement de régime obligatoire.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances, nous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances.

Sous réserve d'acceptation par l'Association GAMEST et le centre de gestion M.A.L./ REPAM, les garanties du présent contrat sont immédiatement viagères.

Tous les membres de la famille de l'assuré doivent être affiliés, ce à la même garantie.

4 : PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre certificat d'adhésion.

Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de Convention ou de Responsabilité de la Sécurité Sociale française quelque soit le pays où ont été effectués les soins, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale en vigueur au 01/10/2011.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime Obligatoire sont revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, la Mutuelle Alsace Lorraine se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Conformément à la loi, le cumul des divers remboursements obtenus par un Adhérent (Régime Obligatoire, autre organisme, M.A.L.) ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription est de 2 ans pour le paiement des prestations, à partir de la date des soins. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Les frais de séjour en maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle sont pris en charge dans la limite de 100 % du tarif de convention (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire) dans la limite de 30 jours maximum par maladie ou accident (**sauf accident postérieur à l'adhésion**), y compris le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.

Les traitements de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit la garantie choisie :

- Hospitalisation en établissement conventionné sur la base de 100 % du ticket modérateur et durant un maximum de 30 jours par an, y compris pour le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.
- Un maximum de 3 consultations par an et par bénéficiaire est garanti.

Les dépenses de prothèses dentaires et d'orthodontie de plus de 1525 € devront faire l'objet d'une entente préalable auprès de REPAM, à défaut, le remboursement serait limité au Ticket Modérateur.

Les remboursements prévus en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ne peuvent excéder, dans tous les cas, 400 % du Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

Les forfaits annuels s'entendent de date à date des soins.

MONTANT DES GARANTIES

NIVEAU ECO

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels (sous déduction du R.O.)
- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 50 €

Prévention et Médecines douces (par an et par bénéficiaire)

- Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques – Dépistage de l'ostéoporose: Forfait pour l'ensemble : 30 €

NIVEAU NATURE

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels

- (sous déduction du R.O.)

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Supplément chambre particulière :

- 15 €/Jour

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait Plus après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires : forfait annuel : 20 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 50 €

+ Forfait plus après 3 ans d'adhésion 15 €

Prévention et Médecines douces (par an et par bénéficiaire)

- Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques – Dépistage de l'ostéoporose: Forfait pour l'ensemble : 30 €

- Homéopathie non prise en charge par Le R O : Forfait : 50 €

- Ostéopathie – Acupuncture – Microkinésithérapie - Chiropractie : Forfait pour l'ensemble : 75 € la 1^{ère} année, 100 € la 2^{ème} année, 150 € la 3^{ème} année et les suivantes

NIVEAU CONFORT

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels (sous déduction du R.O.)

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Supplément chambre particulière :

- 40 €/Jour

Lit d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans hospitalisé : 15€/J

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 125 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 125 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Forfait Plus après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires : forfait annuel : 100 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 100 €

+ Forfait plus après 3 ans d'adhésion y compris implants dentaires 100 €

Prévention et Médecines douces(par an et par bénéficiaire)

Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques – Dépistage de l'ostéoporose Forfait pour l'ensemble 30 €

Médecines douces : – Homéopathie – Ostéopathie – Acupuncture – Microkinésithérapie - Chiropractie : Forfait pour l'ensemble : 30 €.

Prime de naissance réservée à nos assurées : - 50 €

NIVEAU CONFORT +

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels (sous déduction du R.O.)

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Supplément chambre particulière :

- 45 €/Jour

Lit d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans hospitalisé : 15€/J

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 150 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait Plus après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires : forfait annuel : 150 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 160 €

+ Forfait plus après 3 ans d'adhésion 50 €

Prévention et Médecines douces(par an et par bénéficiaire)

Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques – Dépistage de l'ostéoporose Forfait pour l'ensemble 30 €

Médecines douces : – Homéopathie – Ostéopathie – Acupuncture – Microkinésithérapie - Chiropractie : Forfait pour l'ensemble : 30 €.

Prime de naissance réservée à nos assurées : 80 €

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels (sous déduction du R.O.)

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Supplément chambre particulière :

- 60 €/Jour

Lit d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans hospitalisé : 15€/J

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 175 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 175 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 175 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 175 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 200 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 200 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 200 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Forfait Plus après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires : forfait annuel : 200 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 200 €

+ Forfait plus après 3 ans d'adhésion 50 €

Prévention et Médecines douces(par an et par bénéficiaire)

Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques – Dépistage de l'ostéoporose: Forfait pour l'ensemble : 30 €

Homéopathie non prise en charge par Le R O : Forfait : 50 €

Ostéopathie – Acupuncture – Microkinésithérapie - Chiropractie : Forfait pour l'ensemble : 75 € la 1^{ère} année, 100 € la 2^{ème} année, 150 € la 3^{ème} année et les suivantes

Prime de naissance réservée à nos assurées : - 100 €

NIVEAU PRESTIGE +

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels (sous déduction du R.O.)

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V.: (voir assistance) (maternité exclue)

Transport :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Supplément chambre particulière :

- 70 €/Jour

Lit d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans hospitalisé : 15€/J

Consultations et visites généralistes ou spécialistes :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Auxiliaires médicaux :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Radiologies, Analyses :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Prothèses non dentaires :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins à l'étranger pris en charge par le R.O : 100 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- Frais réels (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires :

- 400 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 400 % du tarif de base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 400 % du tarif de convention (sous déduction du R.O.).

Forfait Plus après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires : forfait annuel : 250 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- Monture, verres et lentilles, opération de la myopie, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale: montant maximum : 300 €

+ **Forfait plus** après 3 ans d'adhésion 75 €

Prévention et Médecines douces(par an et par bénéficiaire)

Pilule micro-dosée – Vaccin anti-grippe – Substituts nicotiques –

Dépistage de l'ostéoporose: Forfait pour l'ensemble : 30 €

Homéopathie non prise en charge par Le R O : Forfait : 50 €

Ostéopathie – Acupuncture – Microkinésithérapie - Chiropraxie : Forfait

pour l'ensemble : 75 € la 1^{ère} année, 100 € la 2^{ème} année, 150 € la 3^{ème} année et les suivantes

Prime de naissance réservée à nos assurées : - 150 €

LES SERVICES TIERS PAYANT

REPAM met à la disposition des Assurés un service tiers payant selon les accords régionaux avec les professionnels de santé. Les dépenses sont remboursées directement au professionnel de santé sans que vous fassiez l'avance des frais.

5 : COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés au centre de gestion M.A.L./ REPAM dans les trois mois qui suivent le paiement de la Sécurité Sociale ou la naissance d'un enfant :

- les décomptes originaux de la Sécurité Sociale pour les assurés sociaux et les TNS,
- les notes ou factures acquittées,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- un acte de naissance pour le forfait maternité,

A défaut de justification de frais réels par note d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en France et en Euros.

NOTA :

Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de Sécurité Sociale sur lesquels la Sécurité Sociale aura indiqué son message du type : "Nous avons directement la G.M.C. des prestations que nous vous avons remboursées."

Dans ce cas, les seuls justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires et d'optique : facture détaillée
- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture de l'établissement,
- forfait maternité : un acte de naissance de l'enfant,
- Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un traitement manuel à **condition de le spécifier par écrit à votre Unité de Gestion** en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Cas des assureurs multiples :

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Expertises médicales :

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence. Au cas où, sans motif valable, celui-ci refusait de se soumettre au contrôle de notre Médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente assurance :

- **les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant de sa tentative de suicide,**

- **les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes, rixes ou meurtres,**
- **sauf dispositions prévues à l'article 4, les séjours en gérontologie, en Instituts Médico-Pédagogiques et établissements similaires,**
- **les centres hospitaliers ou assimilés pour personnes âgées dépendantes,**
- **les longs et moyens séjours,**
- **les soins esthétiques, les cures de toute nature de sommeil, d'amaigrissement, de désintoxication, les interruptions volontaires de grossesse, la thalassothérapie,**
- **les hospitalisations connues ou en cours lors de l'adhésion ainsi que leurs suites et conséquences**
- **les suites et conséquences de l'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, de la toxicomanie, de l'usage de drogues, de stupéfiants.**

7 : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée au certificat d'adhésion.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 8.

8 : RESILIATION

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum. La date d'échéance principale est toujours au 1^{er} janvier de chaque année.

L'Adhérent peut être radié le 31 décembre de chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (art. L.113.8 ou L.113.9 du Code des Assurances),
- b) en cas de non paiement des cotisations (art.L.113.3 du Code des Assurances
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues : la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la présente convention par GAMEST ASSOCIATION ou par les assureurs à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent). Il en est de même pour les bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion.

La résiliation, radiation ou exclusion, entraîne pour l'assuré l'obligation de restituer la carte tiers payant, sous peine de poursuites pénales.

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'articles L 112-9-1 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. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Dans ce cas, vous devez adresser votre demande au centre de gestion M.A.L./ REPAM selon modèle de lettre qui suit :

Je soussigné.....(nom, prénom) demeurant.....(adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance N°(inscrire le numéro) que j'ai souscrit le.....(date).

Date Signature du Souscripteur

9 : COTISATIONS

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion de l'adhérent, du niveau de garanties choisi et des résultats des groupes assurés par la présente convention. Jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 3 % par an, de 5 % au-delà de cet âge. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat dans ses différents groupes, et des modifications de remboursement des régimes obligatoires.

La composition du groupe tient compte du niveau des garanties, de l'âge (par différence de millésime), du régime obligatoire, du domicile et du point de vente.

A la cotisation prévue ci-dessus s'ajoute chaque année les frais d'échéance.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Adhérent, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure. En cas de mise en demeure pour non paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière conformément au Code des Assurances.

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France Métropolitaine).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Adhérent, par lettre recommandée de mise en demeure.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Adhérent n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues jusqu'au 31.12. de l'année en cours.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations :

La suspension de la garantie et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

10 : GENERALITES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de LYON à la requête de la partie la plus diligente.

Les Convention auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par GAMEST ASSOCIATION, dont le siège est 6 boulevard de l'Europe- 68100 MULHOUSE

Auprès de :

**MUTUELLE ALSACE LORRAINE
Société d'assurance Mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le code des assurances
6, boulevard de l'Europe – 68100 MULHOUSE
Sous les N° 10 014 002 – MUTUELLE SANTE 2012**