

EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA CONVENTION COMPLEMENTAIRE SANTE SERENIA 2

Valant Notice d'information

PRÉAMBULE : la présente convention collective à adhésion facultative, n° 01-01-01-04-10, a été souscrite par AGIS, Association Loi 1901, déclaration Préfecture de Paris n° 54-967P, 66, rue Taitbout - 75009 Paris, auprès de la MUTUELLE pour la PREVOYANCE et les GARANTIES SOCIALES (M.P.G.S), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, siège 19, rue de la Trémolle - 75008 Paris, immatriculée au R.N.M. SOUS LE N° 434 869 103, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur et du Code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable. La convention d'assistance et de rapatriement n°1391 a été souscrite par M.P.G.S auprès de Garantie Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances RCS Paris B 312-517-493 : 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS

GLOSSAIRE

Situation des garanties du contrat au regard de la loi du 13 Août 2004.
Les garanties de votre contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrats responsables», défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

Dans ce contexte, notamment, les garanties du contrat ne remboursent pas :
- Les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.
- Un «reste à charge» sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins.
- La participation forfaitaire (II de l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale).

Les garanties du contrat seront automatiquement adaptées pour chacune des personnes assurées en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

LES DISPOSITIONS PREVUES PAR L'ARTICLE 57 DE LA LOI DU 13 AOUT 2004

La réforme qui découle de la loi du 13 août 2004 est principalement axée sur le respect du parcours de soins coordonné, pour les personnes de 16 ans et plus, qui consiste à déclarer un Médecin traitant et à le consulter en priorité. Celui-ci coordonne les soins, oriente le patient si nécessaire vers un Médecin correspondant et mettra à jour le Dossier Médical Personnel. La Sécurité sociale sanctionne le non-respect du parcours de soins en diminuant ses remboursements et en autorisant les médecins spécialistes du secteur 1 consultés directement à majorer leurs honoraires.

Dans ce contexte, la loi impose de nouvelles exigences pour les contrats complémentaires santé à compter du 1er janvier 2006, pour qu'ils puissent bénéficier des aides fiscales ou sociales prévues par la législation.

Ainsi les garanties des contrats complémentaires santé :
- Ne peuvent pas prendre en charge la diminution du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ;
- Doivent laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins ;
- Devront prendre en charge la totalité du ticket modérateur d'au moins deux actes de prévention ;
- Doivent prévoir pour les frais engagés dans le cadre du parcours de soins des taux de remboursement minimum (sur la base des prestations du Régime général de la Sécurité sociale) sur les postes suivants :
- Honoraires des médecins : 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ;
- Médicaments à vignettes blanches (remboursés à 65% par la Sécurité Sociale) : 30% de la base de Remboursement de la Sécurité sociale ;
- Frais d'analyses ou de laboratoire : 35% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Le cas échéant les taux de prises minimales définis précédemment sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés et de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Article 1-INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Association, la Mutuelle et/ou ses délégataires et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de l'Association.

Article 2-DEFINITIONS UTILES

ADHERENT : personne physique ou morale, membre participant de l'Association qui souscrit le contrat, en paie les cotisations et ainsi, accède ou fait accéder aux garanties du dit contrat.

Les Adhérents TNS souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin devront être à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires de base.

ASSURE : personne physique, assujettie au régime de la Sécurité Sociale, de la Mutualité Sociale Agricole ou des Travailleurs Non Salariés non Exploitants Agricoles, sur la tête de laquelle repose le risque, et dont le nom figure au contrat.

BENEFICIAIRES : conjoint, concubin, enfant figurant comme ayant droit sur la carte d'affiliation de l'Assuré à son Régime Obligatoire. Ces personnes peuvent profiter des mêmes avantages que l'Assuré dès son adhésion. Leur nom figure également sur le certificat d'adhésion.

En cours de contrat, l'adjonction de nouveaux bénéficiaires est faite pour une durée minimum de 12 mois, toute sortie volontaire ne pouvant être effectuée qu'à l'échéance principale.

Les enfants jusqu'à 25 ans pourront continuer à bénéficier du contrat de leurs parents. Il leur sera appliqué un tarif correspondant à leur âge conformément à l'article 11. La « qualité » d'enfant qui pouvait entraîner la diminution ou la gratuité de leur cotisation, et/ou de celle de leurs frères et sœurs, est perdue dès lors que l'enfant a son numéro de Sécurité sociale propre ou atteint ses 20 ans dans l'année en cours.

AGE DE L'ASSURE : on entend par âge de l'Assuré et des Bénéficiaires l'âge atteint par chacun au 31 décembre de l'année en cours.

REGIME OBLIGATOIRE : régime légal de Prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré et qui est précisé au certificat d'adhésion (régime Général de Sécurité Sociale, régime des Salariés Agricoles ou Régime Obligatoire des Travailleurs Non Salariés Non Exploitants Agricoles).

TARIF DE RESPONSABILITE : tarif servant de base au remboursement du Régime Obligatoire et appelé aussi TARIF DE CONVENTION, dans le cas des praticiens et établissements conventionnés et TARIF D'AUTORITE dans le cas des praticiens et établissements non conventionnés.

TICKET MODERATEUR : fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire.

Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur la base du Tarif de Convention.

ECHANCE PRINCIPALE : date anniversaire de la prise d'effet des garanties.

ANNEE D'ASSURANCE : période d'un an entre deux dates d'échéance principale.

DELAI D'ATTENTE OU DE STAGE : période décomptée entre la date de prise d'effet et celle d'entrée en vigueur de la ou des garanties concernées.

Article 3-OBJET DE L'ADHESION

Dans les conditions de l'option choisie telles que figurant sur son certificat d'adhésion, le contrat a pour objet d'indemniser l'Assuré et/ou les bénéficiaires obligatoirement à un niveau identique de garantie, en complément des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, à remboursement par le Régime Obligatoire dont relève l'Assuré. Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues par les articles ci-après.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion dont le détail figure en annexe du présent règlement mutualiste.

Article 4-VIE DE L'ADHESION

A l'issue de la 1^{ère} année d'assurance, les garanties se renouvellent ensuite au 1er janvier, d'année en année, par tacite reconduction.

A effet de la prochaine échéance principale, la résiliation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance principale, les cotisations étant dues jusqu'à la date de résiliation.

- Les garanties santé sont viagères dès la date d'adhésion.
- La garantie allocation frais d'obsèques cesse au 85^{ème} anniversaire.
- La garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalisation » cesse au 65^{ème} anniversaire.

Si l'Adhérent ayant plus de deux ans d'adhésion, perd la qualité de membre de l'Association, ou en cas de résiliation de la présente convention, il lui sera proposé par la Mutuelle et/ou ses délégataires un maintien de ses garanties au titre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

Gestion de la présente convention
Au titre d'un accord avec la Mutuelle, la gestion de la présente convention est faite par C.S.G (Computer Science Gestion) Axe Liberté-14, Place de la Coupole - 94227 CHARENTON Cedex et par ECA (Européenne de courtage d'Assurance) 53, rue La Fayette - 75009 PARIS.

Article 5- OBLIGATIONS DE L'ASSURE LORS DE LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

5.1 - À la souscription

Chaque Assuré doit :

- Être membre de l'Association par adhésion à ses Statuts et concomitamment adhérer aux Conditions Générales du contrat et être à jour de ses cotisations ;
- Avoir au plus 70 ans à l'adhésion (date anniversaire), 80 ans pour les options ECO, Nécessité, Sécurité et Tranquillité ;
- Les garanties Indemnités journalières hospitalisation et décès accidentel peuvent être souscrites à partir de 20 ans et avant 60ans.

- Remplir et signer le formulaire d'adhésion au contrat par lequel il donne son consentement à la couverture du risque et désigne le Régime Obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et ses enfants fiscalement à charge, et déclare sa profession.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que les garanties lui sont accordées à partir des éléments qu'il a déclarés de bonne foi sur son formulaire d'adhésion. Dans le cas contraire, tant à l'adhésion qu'en cours d'exécution du contrat, l'Association et la Mutuelle se réservent respectivement le droit de procéder à l'annulation de l'adhésion, les cotisations versées ne pouvant faire l'objet d'aucun remboursement.

5.2 - Au cours du contrat

Chaque Assuré doit par écrit informer la Mutuelle et/ou ses délégataires d'un des événements suivants dès leur survenance :

- Changement de nom ;
- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale (composition de la famille) ;
- Changement de régime social ;
- Coordonnées bancaires.

Les demandes effectuées par téléphone ou par fax ne pourront pas être prises en compte.

Les Adhérents TNS, souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, communiquant chaque année à la date d'échéance principale, à la Mutuelle et/ou ses bénéficiaires, l'attestation de paiement des cotisations à leurs régimes obligatoires.

Article 6-PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date qui figure sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le 1er du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion ou de la demande d'adjonction d'un nouveau bénéficiaire et sous réserve du paiement effectif de la 1^{ère} échéance.
En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet ne pourront donner lieu à remboursement.

Article 7-DELAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est prévu dans ce contrat à l'exception du forfait Maternité et des frais d'obsèques (cf. paragraphe 15.2). Toutefois en hospitalisation, les prestations pour les options Sécurité et au delà sont limitées aux garanties de l'option Nécessité les 6 premiers mois d'adhésion.

Article 8-CARTE DE TIERS PAYANT

Une carte de tiers payant peut être délivrée à l'admission, valable au minimum jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours ; elle est ensuite renouvelée pour chaque trimestre, sous réserve du paiement des cotisations. L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Assuré est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de la dite carte.

L'Assuré qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

L'étendue territoriale de validité de la carte de tiers payant est régie par la signature de conventions définissant les accords locaux.

La présence sur la carte d'un renvoi de tiers payant n'implique donc pas de façon systématique le service de tiers payant.

Article 9-DEMANDE DE MODIFICATIONS DU CONTRAT

Toute modification du contrat ne peut intervenir qu'après 12 mois de durée, et à condition que l'Assuré en ait fait la demande écrite au moins un mois avant l'échéance principale. Elle prend effet à la prochaine échéance principale et concerne tous les bénéficiaires.

Ces modifications peuvent porter sur :

- Une augmentation des garanties : toute demande d'augmentation de garanties est subordonnée à une nouvelle demande d'adhésion ;
- Une diminution des garanties ;
- Une suppression d'un bénéficiaire (sur justificatifs) ;
- Un changement de fractionnement du paiement de la cotisation.
L'Assuré ayant atteint 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garanties.

Article 10-SUSPENSION DES GARANTIES

Le non-paiement des cotisations entraîne ipso facto la suspension des remboursements et/ou des prestations en cours.

Article 11-CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT - LEUR PAIEMENT

11.1 - La base de calcul

À la souscription, les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge atteint et le tarif en vigueur appliqué aux garanties assurées par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Il est entendu que les cotisations du 3^{ème} enfant et des suivants sont gratuites à condition que les 2 premiers enfants ne soient pas âgés de plus de 19 ans.

Les cotisations évoluent chaque année :

- Au 1^{er} janvier pour tenir compte de l'âge, elles augmentent contractuellement de 2% jusqu'à 70 ans puis de 4% après 70 ans, nonobstant un éventuel ajustement.

- A l'échéance principale pour tenir compte de l'augmentation de la consommation médicale totale par habitant publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, des changements des conditions de remboursement des régimes obligatoires et des résultats techniques du contrat.

Les garanties et prestations sont définies en fonction de la législation sociale en vigueur à la date d'émission du certificat d'adhésion. En cas de modification de cette dernière, et notamment en cas de changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, l'augmentation peut éventuellement avoir lieu en cours d'année.

11.2 - Le paiement des cotisations

Les cotisations, ainsi que les frais en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 15 décembre de l'année pour l'année suivante par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent. En cas de fractionnement de la cotisation, la fraction de prime est exigible 15 jours avant le début de la période à régler. En cas de rejet du prélèvement bancaire, les frais de procédure en vigueur au rejet sont mis à la charge de l'Adhérent.

11.3 - Le défaut de paiement

La Mutuelle et/ou ses délégataires ne peuvent se trouver engagés que par le paiement régulier des cotisations de la convention aux échéances fixées. À défaut de paiement de la cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les 15 jours (qui suivent l'envoi d'un courrier de mise en demeure de paiement), les garanties sont suspendues au dernier jour payé et l'Adhérent est radié 25 jours après cette suspension.

Cette radiation a pour conséquence la cessation immédiate du paiement des prestations quelle que soit leur date à l'Assuré comme au(x) bénéficiaire(s), l'Adhérent restant toutefois redevable du solde de sa cotisation annuelle telle que définie à l'article 11.2.

Article 12-ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent sur le territoire français et les départements et territoires français d'outre-mer, sauf dérogation expresse. Elles s'étendent aux maladies ou accidents survenus à l'étranger dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont dépend l'Assuré. Les règlements sont effectués en euros.

Article 13-PRESCRIPTIONS APPLICABLES

Il y a prescription pour les demandes de remboursement des prestations parvenant à la Mutuelle au-delà d'un an à compter de la date de l'acte médical portée sur le dossier justificatif motivant sa participation. Ce délai de forclusion peut être porté à deux ans en ce qui concerne les hospitalisations. En cas de résiliation, l'Assuré doit présenter ses dossiers de demande de prestations dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de la résiliation sous peine de forclusion.

Article 14-JURIDICTION COMPETENTE

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à Paris.

Si l'Adhérent et/ou l'Assuré sont domiciliés hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

Article 15-ETENDUE DES GARANTIES

15.1 - Les garanties

Les dépenses médicales donnant droit à prestations et le montant des remboursements sont liés à l'option choisie par l'Adhérent, tel que figurant sur son certificat d'adhésion.

15.2 - Garanties complémentaires

Elles ne sont accordées que si la mention "garantie" figure sur le détail annexé.

Il peut s'agir en cas d'hospitalisation, du forfait journalier et du supplément pour chambre particulière.

Il peut également s'agir d'une indemnité forfaitaire :

- En cas de maternité qui exclut toute autre prestation au titre des frais occasionnés par l'accouchement. En cas d'intervention chirurgicale de cotation supérieure à K 50, la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en œuvre en lieu et place du forfait maternité. Elle n'est versée qu'après 9 mois d'adhésion au contrat.

