

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

« PERFORMANCE à partir de 66 ans »

VALANT NOTE D'INFORMATION
À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Il a été conclu entre l'association ANDAC (ASSOCIATION NATIONALE pour le DEVELOPPEMENT de l'ASSURANCE COLLECTIVE), association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, dont l'objet social est de mener, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans les conditions prévues par ces statuts, afin de contribuer au bien-être et au développement moral et physique de ses membres et mettre à disposition de ses adhérents un contrat groupe à adhésion facultative avec SMAM MUTUELLE, dont la distribution et la gestion ont été déléguées à ANDAC GESTION, société par actions simplifiée au capital de 160 000 €, dont le siège est à TOURS (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, dont le numéro unique d'identification est 353 422 462, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Tours, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L 530-1 et L 530-2 du code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 003 773 : www.orias.fr.

L'association a pour objet de rassembler des personnes, groupe de personnes, entreprises et groupes d'entreprises, désireux de s'unir afin de rechercher et d'obtenir aux meilleures conditions des contrats d'assurances et de faciliter leurs souscriptions ; et mettre à disposition de ses adhérents des conditions d'achat privilégiées de services et de biens en rapport avec l'objet social.

Le présent contrat dénommé « PERFORMANCE à partir de 66 ans », est un produit élaboré dans le respect de ses statuts et de son règlement mutualiste par SMAM MUTUELLE, pouvant être dénommée ci-après « La Mutuelle », sise à LA ROCHELLE, 17 000, 45-49 avenue Jean Moulin, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 781 337 266.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association ANDAC.

Ce contrat est soumis au droit français et régi par le code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du code des assurances, ainsi que par les statuts de la Mutuelle, les présentes conditions générales, et les certificats d'adhésion remis aux adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association ANDAC, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout (ACP), 75436 PARIS Cedex 09.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif au contrat d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit « contrat responsable » issu de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant les « contrats responsables », qui pourraient intervenir ultérieurement.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

1-1 Le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par la Sécurité Sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat.

1-2 Le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » offre le choix entre trois options 125, 150, 200 dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de l'annexe I qui fait partie intégrante des conditions générales du présent contrat.

1-3 La validité des garanties et dispositions du contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » s'exerce, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger,

dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale dont dépend l'assuré.

1-4 Sont adossées en inclusion sur le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans », conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité :

- Une garantie « Bonus » qui a pour objet l'amélioration du poste optique de 25€ par an jusqu'à hauteur maximum de 75€, et du poste dentaire de 25% par an et jusqu'à hauteur maximum de 75%. Cette garantie est souscrite par l'association ANDAC auprès de SMAM MUTUELLE.

- Une garantie assistance et une protection juridique médicale souscrites auprès de GARANTIE ASSISTANCE, SA au capital de 1 850 000 euros société régie par le code des assurances, 38 rue la Bruyère, 75009 PARIS, référencée sous le n° 1772 pour les résidents en France Métropolitaine et sous le n° 1773 pour les résidents des départements d'outre-mer (Antilles/Guyane/Réunion).

Pour ces dernières garanties, une notice d'information valant conditions générales, dont l'information a été portée à la connaissance de l'assuré lors de la souscription, est adressée avec le certificat d'adhésion.

1-5 Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en Euro.

ARTICLE 2 : ADHÉSION

2-1 Hormis l'appartenance à la Sécurité Sociale, et sous réserve des limites d'âge définies à l'article 4, aucune condition n'est requise pour adhérer au présent contrat.

2-2 L'adhésion s'effectue au moyen d'un « Bulletin d'Adhésion » sur lequel doivent figurer l'adresse du souscripteur, l'état civil, la profession, le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro d'immatriculation de l'assuré et de chacun des bénéficiaires désignés.

La date d'adhésion souhaitée, l'option choisie ainsi que la fréquence et le mode de paiement des cotisations qui s'y rattachent, y sont également désignés.

2-3 Sauf dans le cadre d'une vente à distance et à une demande expresse de l'assuré à être garanti immédiatement, il est rappelé que toute régularisation d'autorisation de prélèvement, ou toute demande d'acompte n'est exécutable qu'après expiration du délai de renonciation prévu à l'article L 121-26 du code de la consommation.

ARTICLE 3 : BÉNÉFICIAIRES

Sous réserve des limites d'âge visées à l'article 4, l'Assuré souscripteur peut désigner comme bénéficiaire(s) des garanties de son contrat, son conjoint ou concubin, ou la personne avec laquelle il est pacé .

ARTICLE 4 : LIMITES D'ÂGE A L'ADHÉSION

Les adhésions sont souscrites sans limite d'âge pour les options 125, 150, 200.

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

5-1 La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour du mois en cours, si elle est réceptionnée au plus tard le 15 du mois et reportée au 1er du mois suivant passé ce délai. La date valant date de souscription et celle qui sera prise en compte à la fin du délai de renonciation, est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

5-2 Une adhésion en cours de mois, avec prise d'effet immédiate, est assortie du paiement intégral de la cotisation mensuelle. Sa date d'effet sera par conséquent fixée rétroactivement au premier jour du mois concerné, en sorte que les garanties, sous réserve toutefois des dispositions de l'article 12, entreront en vigueur le même jour, pour des soins bien évidemment prescrits à partir de cette même date.

5-3 En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne donneront donc pas lieu à un quelconque remboursement.

Les garanties santé (hors garanties incluses ou annexes) seront acquises pour tout évènement, soudain, imprévisible ou accidentel survenu entre la date de souscription et la date d'effet du contrat, dès lors que l'adhérent justifie d'une absence de garanties dans la période concernée et seulement pour des dossiers réceptionnés entre le 15 et le dernier jour du mois avec une prise d'effet au 1er du mois suivant.

5-4 D'une manière générale, les garanties du contrat entrent en vigueur à partir de la date d'effet de l'adhésion, telle que figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 12 et les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement.

ARTICLE 6 : DURÉE DE L'ADHÉSION – MODIFICATIONS

6-1 Les dispositions de cet article 6 reposent sur le fait qu'en matière de gestion, l'échéance principale du contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » est fixée au premier janvier de chaque année.

6-2 Le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet, sans que l'assuré puisse faire valoir ses droits à résiliation.

6-3 Pendant la première période d'assurance, suivant la date d'effet de l'adhésion, l'assuré ne peut ni changer d'option, ni demander aucune réduction, augmentation ou extension de ses garanties sauf dans le cas d'un changement de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par la mutuelle. Dès que la Mutuelle a connaissance d'un évènement, la modification du contrat est effectuée, soit pour l'extension des garanties, soit par la réduction de la cotisation, consécutivement au décès d'un bénéficiaire, ou par le changement de domicile.

Le contrat est ensuite tacitement reconduit jusqu'au 31 décembre et ensuite pour un an à compter du 1er janvier à l'exclusion de sa résiliation dans les conditions précisées à l'article 8.

6-4 Au renouvellement du contrat d'assurance, l'assuré peut faire procéder à toute modification de son contrat :

- après un an minimum de souscription : au 1er janvier de chaque année
- en cours d'année aux motifs suivants :
 - > changement de situation matrimoniale et familiale ;
 - > changement de régime matrimonial ;
 - > retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
 - > changement de situation professionnelle ou de profession.

Ces modifications doivent faire l'objet d'une demande écrite accompagnée des justificatifs au moins un mois avant l'évènement.

6-5 Tout assuré garanti dans le niveau 200 ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de ses garanties sur le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans ».

ARTICLE 7 : DROIT DE RENONCIATION

7-1 Dans le cadre de la pratique du démarchage à domicile :

L'adhérent a la possibilité, dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature de l'adhésion, de renoncer à sa souscription en adressant une lettre recommandée à ANDAC GESTION, intermédiaire à la présente convention, demandant à bénéficier de l'application du présent article et ce, en conformité aux articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, L 121-26 du code de la consommation. Si ce délai ci-avant désigné expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Code de la consommation :

Article L 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. « Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client ».

Article L 121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de

renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L 121-26

(Loi n° 95-96 du 1er février 1995 art. 8 Journal Officiel du 2 février 1995)

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir. En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

7-2 Dans le cadre de la pratique de la vente à distance :

- L'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L 112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et des articles L 121-20-8 à L 121-20-15 du code de la consommation), l'adhérent demande expressément l'exécution immédiate et intégrale du contrat à compter de sa conclusion.

- L'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter après acceptation de sa demande de garantie.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à ANDAC GESTION, 108 rue Ronsard 37100 TOURS. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les dispositions générales valant notice d'information.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.

En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :

- > Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- > Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Article L121-20-8

La présente sous-section régit la fourniture de services financiers à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat.

Elle s'applique aux services mentionnés aux livres Ier à III et au titre V du livre V du code monétaire et financier ainsi que les opérations pratiquées par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité et par les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sans préjudice des dispositions spécifiques prévues par ces codes.

Modèle de lettre de renonciation :

Articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, L 121-26 du code de la consommation, Article L 121-20-12 du code de la consommation.

Conditions :

- Compléter et signer un formulaire de type ci-dessous,
- l'envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception, à l'adresse suivante : ANDAC GESTION – 108 rue Ronsard – 37100 TOURS,
- l'expédier au plus tard le 7ème jour pour une vente effectuée à votre domicile ou le 14ème jour si la vente a été effectuée à distance et à partir du jour de la signature de votre demande d'adhésion, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Démarchage à domicile (délai de 7 jours) :

Je soussigné(e) : Nom _____

Prénom _____

Déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

Nature du contrat souscrit : _____

Date de signature de la demande d'adhésion : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Le _____

Signature de l'adhérent :

Vente à distance (délai de 14 jours) :

Je soussigné(e) :

Nom _____

Prénom _____

Déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

Nature du contrat souscrit : _____

Date de signature de la demande d'adhésion : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Si des cotisations ont été perçues :

- Je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Le _____

Signature de l'adhérent :

ARTICLE 8 : Résiliation

8-1 Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, nonobstant l'article 2-1 et 11-5 des présentes conditions générales, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat.

8-2 Le contrat collectif à adhésion facultative dénommé à l'article 1 n'entre pas dans le champ d'application de la Loi CHATEL n° 2005-67 du 28 Janvier 2005, et la résiliation du contrat doit être demandée par lettre recommandée adressée à ANDAC GESTION soit :

- au premier anniversaire de la date de sa prise d'effet moyennant un préavis d'au moins deux mois (le cachet de la poste faisant foi),
- au 31 décembre de chaque année à la condition d'une période de garantie de 365 jours minimum et moyennant également un préavis d'au moins deux mois (le cachet de la poste faisant foi).

Sous peine d'irrecevabilité l'adhérent doit :

- Formuler sa demande de résiliation par lettre recommandée et signée par lui-même, adressée au siège d' ANDAC GESTION et accompagnée le cas échéant d'un justificatif et de la carte tiers-payant SMAM MUTUELLE en cours de validité.
- Etre à jour du paiement de ses cotisations au jour de la demande de résiliation.

8-3 Faculté de résiliation en cas de survenance d'un des événements suivants :

- décès ;
- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les

trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. ANDAC GESTION rembourse 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.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion pour cause de décès de l'adhérent, les cotisations échues et à échoir du mois dans lequel le décès a eu lieu sont de plein droit exigibles dans leur intégralité. La résiliation en cas de décès prendra effet au 1er jour du mois qui suit l'évènement.

L'assuré retourne à ANDAC GESTION sa carte mutualiste de tiers payant en cours de validité.

L'augmentation annuelle des cotisations et l'ajustement en fonction de l'âge de l'assuré ne constituent pas un motif de résiliation.

Le non renouvellement des droits à l'aide à la mutualisation n'est pas un motif de résiliation du contrat.

La demande de renouvellement des droits doit être faite auprès de la Caisse d'assurance maladie, 3 mois avant l'expiration des droits.

8-4 Conséquence des résiliations sur le droit aux prestations :

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation.

Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non paiement est redevable envers la SMAM d'une dette de quelque nature que ce soit, la SMAM est habilitée de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 9 : CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DES GARANTIES - TIERS PAYANT

9-1 Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son « Certificat d'Adhésion » porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente et, en annexe, le « tableau de ses garanties », ainsi que sa « carte de tiers payant », sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

9-2 Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties remis à la souscription.

9-3 Les accords de « tiers payant » entre SMAM MUTUELLE et certains professionnels de la santé, sur le territoire national, sont subordonnés aux éventuels accords locaux.

9-4 Sous peine de poursuites, l'usage de la carte de tiers payant n'est acquis aux assurés que s'ils sont à jour de leurs cotisations à la date d'utilisation de la carte.

ARTICLE 10 : OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

10-1 Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, ANDAC GESTION ou la Mutuelle se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

10-2 En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement ANDAC GESTION, par courrier, par télécopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

10-3 L'assuré qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties, s'engage à restituer immédiatement à ANDAC GESTION sa « carte de tiers payant » en cours de validité.

ARTICLE 11 : COTISATIONS

11-1 Détermination des cotisations

11-1-1 Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat. Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

11-1-2 Après leur 20ème anniversaire, les enfants immatriculés ou non sont réputés perdre la qualité « d'enfant » qui pouvait donner droit à la gratuité de leur cotisation et/ou de celle(s) de leur(s) cadet(s).

11-2 Ajustement des cotisations

Chaque 1er janvier, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés. Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

11-3 Augmentation des cotisations

A effet de chaque 1er janvier, et en application des décisions de l'Assemblée Générale de SMAM MUTUELLE, les cotisations du contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » peuvent subir une augmentation en fonction de ses « résultats techniques » fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

L'augmentation des cotisations du contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans » qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des Régimes Obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année. En cas de modification des remboursements du ou des Régimes Obligatoires, SMAM MUTUELLE se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

11-4 Paiement et fractionnement des cotisations

11-4-1 Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année civile l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L 111-1 du code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou la Mutuelle pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L 221-3 du code de la mutualité.

A ces cotisations s'ajoutent :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les cotisations statutaires associatives.
- Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

11-4-2 Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au siège d'ANDAC GESTION, par mandat, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente dite « face à face » ou d'une vente à distance si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat à compter de sa conclusion.

Dans le cas d'une vente à domicile, il est rappelé que toute régularisation d'autorisation de prélèvement ou toute demande d'acompte n'est exécutable qu'après expiration du délai de renonciation prévu à l'article L 121-26 du code de la consommation.

Dans tous les cas, ANDAC GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5, au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations.

11-4-3 Pour un effet au 1er du mois en cours, les dossiers reçus et enregistrés avant le 15, si l'assuré opte pour un fractionnement mensuel, la 1ère fraction de cotisation y compris les frais de dossier seront prélevés à l'issue du délai légal de rétractation dans le mois concerné.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou

annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité civile.

11-5 Défaut de paiement des cotisations

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du code de la mutualité et à l'article L 113-3 du code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré principal du contrat.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les assureurs peuvent résilier les contrats dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat.

En cas de suspension, la remise en vigueur des garanties s'effectuera le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tous droits aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 € pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.
- 15 € en cas de mise en demeure, auquel il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.
- Une clause pénale égale à 20% du principal dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

Dans tous les cas, SMAM MUTUELLE ne lèvera pas auprès de la Sécurité Sociale le droit à la télétransmission « Noémie » en lieu et place d'un autre organisme tant que les cotisations ayant fait l'objet de poursuites ne seront pas régularisées.

ARTICLE 12 : GARANTIES : FORFAITS - PLAFONDS

12-1 Le contrat « PERFORMANCE à partir de 66 ans », aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, pour chacune des trois options (125, 150, 200) sont détaillés dans le tableau constituant l'annexe I.

12-2 Ces forfaits sont valables par année civile et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

12-3 Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

12-4 Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

12-5 Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties

12-5-1 En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article 5.

FRAIS DE SÉJOUR ET HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité Sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité Sociale :

- Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de soins de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- Les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,
- Toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et ne comprend pas les frais de chambre particulière.

LES ACTES EN SECTEUR HOSPITALIER, HONORAIRES CHIRURGICAUX :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Les actes en secteur hospitalier ainsi que les honoraires chirurgicaux, y compris l'anesthésie et la réanimation sont pris en charge à concurrence de 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 125, 150% pour le niveau 150, 200% pour le niveau 200.

LA CHAMBRE PARTICULIÈRE :

La chambre particulière est exclue dans le cadre d'une hospitalisation pour motif psychiatrique, neuropsychiatrique et assimilé.

Les frais de chambre particulière ne sont pas garantis dans le niveau 125.

Pour les niveaux 150, 200, l'assuré bénéficie de la garantie Chambre Particulière à compter de la prise d'effet de son adhésion, conformément aux termes de l'article 5, sans limite de durée et plafonnés à 30€ par jour pour le niveau 150, 45€ par jour pour le niveau 200.

LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Le Forfait Journalier Hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Dans le cadre d'une hospitalisation pour maladie ou chirurgie la prise en charge de la garantie est illimitée.

Dans le cadre d'un séjour en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence, psychiatrie, neuropsychiatrie ou assimilé : le Forfait Journalier Hospitalier est pris en charge pour une durée maximum de 30 jours par année civile et par assuré sur les niveaux 125, 150, et 200.

FRAIS DE TRANSPORT :

Les Frais de Transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT :

En cas d'hospitalisation, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et le lit de l'accompagnant, dans les limites du plafond journalier ; à l'exclusion du niveau 125.

Cette garantie est étendue à tous les bénéficiaires du contrat accompagnés par leur conjoint, ou ascendant.

Pour les niveaux 150, 200, la prise en charge est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire, pour un remboursement de 10 € par jour pour le niveau 150, de 15 € par jour pour le niveau 200.

CURES THERMALES :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

12-5-2 Médecine :

HONORAIRES MÉDICAUX, CONSULTATIONS, VISITES :

Les garanties Honoraires Médicaux, Consultations, Visites pratiquées pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialistes ou professeurs ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Les consultations de psychiatrie, de neuropsychiatrie ou assimilées réalisées

en dehors du parcours de soins coordonnés sont prises en charge dans la limite de 5 consultations maximum par an et par assuré.

Pour les autres consultations et visites réalisées « hors parcours de soins coordonnés », elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

ACTES DE SPÉCIALITÉS (ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX) :

Les Actes Techniques Médicaux sont des Actes de Spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

MAJORATION POUR FRAIS DE DÉPLACEMENT, ACTES DE NUIT OU LE DIMANCHE ET SOINS D'URGENCE :

Remboursement pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

PHARMACIE :

Le contrat prend en charge les produits et médicaments à vignettes blanches et bleues, ainsi que l'homéopathie remboursable par la Sécurité Sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables.

MÉDECINE NATURELLE :

Le forfait Médecines Douces est destiné à couvrir des dépenses liées à des actes d'Ostéopathie, d'Étiopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture, d'Homéopathie et de Pédicure non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations et pour un montant maximum par consultation de 25 €, à l'exclusion du niveau 125.

ACTES DE PRÉVENTION :

Le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 prévoit que les contrats « responsables » doivent prendre en charge le ticket modérateur d'au moins deux actes de prévention choisis par une liste définie par arrêté. Tous ces actes font actuellement l'objet d'un remboursement par les régimes obligatoires et SMAM Mutuelle a décidé de rembourser le ticket modérateur pour l'ensemble de ces 13 actes (scellement prophylactiques des puits, sillons et fissures, détartrages complets sus et sous-gingival, dépistage de l'hépatite B, troubles de l'audition, ostéodensitométrie remboursable par le Régime Obligatoire, hépatite B, Haemophilus influenzae B, infections invasives à pneumocoques).

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Les honoraires des podologues, orthophonistes, infirmiers, sages femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

ANALYSES / ACTES DE BIOLOGIE / RADIOLOGIE :

Les frais d'analyses, d'actes de Biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

12-5-3 Dentaire :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Prothèses dentaires et frais d'orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire :

- Pour les niveaux 125, 150, 200 dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.
- Pas de plafond dentaire pour les niveaux 125, 150, 200.

Forfait « dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire » :

- Ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de prothèses dentaires, d'implantologie et de la parodontologie non remboursées par le Régime Obligatoire.
- Ce forfait est pris en charge par an et par bénéficiaire sur le niveau 125 dans la limite de 50 €, sur le niveau 150 dans la limite de 100 €, sur le niveau 200 dans la limite de 150 €.

Bonus pour les Prothèses Dentaires et l'Orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale :

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale, sont majorés au 1er janvier de l'année qui suit la prise d'effet de la souscription de 25% par an dans la limite de 75% par assuré.

12-5-4 Optique :

Les frais liés à l'achat des verres et montures remboursés partiellement par le Régime Obligatoire et à l'achat des lentilles (acceptées ou refusées) ainsi que les prothèses oculaires, et les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie, et de la presbytie sont pris en charge dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des prestations.

Le forfait annuel n'est pas cumulable.

Bonus pour l'Optique remboursable par la Sécurité Sociale :

Les remboursements des frais liés à l'achat de prestations optiques remboursables par la Sécurité Sociale, et à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées) sont majorés au 1er janvier de l'année qui suit la prise d'effet de la souscription de 25 € par an dans la limite de 75 € par assuré.

12-5-5 Prestations diverses :

PROTHÈSES ET APPAREILLAGE :

Sont pris en charge par assuré, le remboursement du petit appareillage ainsi que les frais liés aux accessoires restant à sa charge après remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par celle-ci.

Les prothèses d'orthopédie, auditives, mammaires ainsi que le grand appareillage pris en charge par la Sécurité Sociale sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations par année civile et par assuré.

Le forfait des prothèses auditives ne comprend pas le remboursement des piles, des embouts, de l'entretien annuel et des réparations.

ACTES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

(ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE) :

Le contrat prend en charge les dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite d'un forfait de 100 € par an et par bénéficiaire et au maximum pour 50 % des dépenses réalisées. Prévention (soins et médicaments préventifs sur prescription non remboursés par la Sécurité Sociale) :

- > Vaccins anti-grippe,
- > Vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques...),
- > Traitement antipaludéens pour les voyages,
- > Substituts nicotiniques pour arrêter de fumer (intervention de la mutuelle en complément du forfait versé par la Sécurité Sociale de 50€ - acte codé TNS -, le remboursement s'effectuera après présentation du décompte de la Sécurité Sociale et de la facture de l'officine au nom de l'assuré),
- > Médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité Sociale mais délivrés en pharmacie,
- > Matériel de surveillance d'hypertension (autotensionnètre) homologué AFSSAPS (www.afssaps.fr); ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

LE CONTRAT BÉNÉFICIE ÉGALEMENT :

D'une garantie d'Assistance et de Protection Juridique Médicale dont la notice d'information est jointe au certificat d'adhésion.

La garantie Assistance intervient pour les résidents en France métropolitaine, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à une maladie soudaine ou à un accident corporel ; et pour les résidents sur les Antilles Françaises, la Guyane et la Réunion, en cas de problème de santé imprévu dans le cadre des déplacements privés ou professionnels hors du lieu de résidence principale (Antilles/Réunion et Guyane). La demande d'assistance s'effectue sur simple appel téléphonique et au préalable au 0 810 617 617, 24h/24 et 7j/7 et après acceptation de SMAM ASSISTANCE.

• La garantie Protection Juridique Médicale est une aide à la médiation en cas de litige présumé avec un professionnel de santé ou un établissement de soins. Il s'agit d'aider l'assuré si le préjudice est avéré, à obtenir réparation, par exemple, à la suite d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un manquement préjudiciable à l'obligation d'information. Si le litige devait être porté devant une commission ou une juridiction, les frais de procédure et

les honoraires des intervenants externes (avocats, experts...) seront pris en charge dans la limite d'un plafond global fixé à 20 000 € TTC par litige rencontré en France et dans les pays de l'Union Européenne, Andorre, Monaco et la Suisse.

12-6 Ce que le contrat ne prend pas en charge

Le contrat ayant la qualité de contrat « responsable », il ne prendra pas en charge :

- La majoration du 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 prélevée par le Régime Obligatoire (II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale),
- Les séjours en gérontologie, en instituts Médico-Pédagogiques et établissements similaires,
- Les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,
- Les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 12-5-1) et la thalassothérapie.

ARTICLE 13 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

13-1 Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau que l'assuré a souscrit et de la nature des dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement) ;
- Ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'adhésion et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

13-2 Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec la Mutuelle, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie.

Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions de l'alinéa 12-3.

13-3 Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et SMAM MUTUELLE, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé, il doit adresser à SMAM MUTUELLE ou ANDAC GESTION en suivant de l'indemnisation par la Sécurité Sociale :

- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale,
- Les notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
- Les notifications de non prise en charge de la Sécurité Sociale pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations,
- Les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité...) permettant le paiement de prestations forfaitaires telle qu'une prime en cas de naissance d'un enfant ou en cas de décès d'un assuré,
- Toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

13-4 Service Tiers Payant Mutualiste :

Le service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et son contrat auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant.

Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou des forfaits prévus au tableau de garanties.

ANDAC GESTION adresse une carte de tiers payant à l'émission d'un certificat d'adhésion et à chaque appel de cotisations que l'assuré peut présenter au

professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant.

En complément du tiers payant, SMAM MUTUELLE peut être signataire d'une adhésion à une Union Mutualiste dans le département de l'assuré lui donnant ainsi accès aux services mutualistes de centres hospitaliers et cliniques..., et lui faire bénéficier tant du tiers payant que de prestations médicales et services au moindre coût. La liste peut être communiquée sur simple appel téléphonique par les services clients d'ANDAC GESTION et de SMAM MUTUELLE.

13-5 Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitement relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu pendant la vie de l'adhésion et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que l'assuré soit à jour du paiement de ses cotisations.

13-6 Suivi des prestations « EN RÉEL » :

• **INTERNET** (www.smam.fr)

Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24. Connexion à l'aide du code confidentiel adressé à la souscription par SMAM MUTUELLE ou inscrit sur les décomptes de prestations papier.

• **SERVICE E.MAIL** (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site (smam.fr) pour notifier son adresse e-mail. En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 14 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, conformément aux articles L 221-11 et L 211-12 du code de la mutualité.

La prescription peut être interrompue par :

- Une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

ARTICLE 15 : RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'adhérent formule sa réclamation à SMAM MUTUELLE. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur lui seront communiquées sur demande auprès de SMAM MUTUELLE.

ARTICLE 16 : SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L 221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L 221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

ARTICLE 17 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de SMAM MUTUELLE ou d'ANDAC GESTION.

ARTICLE 19 : AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle et d'ANDAC GESTION est l'Autorité de contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.



108, rue Ronsard – BP 87323 – 37073 TOURS Cedex 2
Tél. 02 47 70 40 70 – www.andac-courtier.fr

ANDAC GESTION - SAS au capital de 160 000€ - RCS TOURS 353 422 462
Intermédiaire en assurance, immatriculation ORIAS n° 07 003 773 (www.orias.fr)
Exerce sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

LEXIQUE

ADHÉRENT :

Personne membre de l'association, signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion et qui adhère à la présente convention de groupe.

Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

SOUSCRIPTEUR :

Personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

ASSURÉ :

Toute personne portée sur le certificat d'adhésion.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS :

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint, et leur(s) enfant(s) (âgé(s) de moins de 21 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

COUPLE – CONJOINT :

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

MALADIE :

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

HOSPITALISATION :

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

RÉGIME DE BASE :

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré tels que le Régime Général de la Sécurité Sociale ; Régime des TNS ; Régime des commerçants, artisans, professions libérales ; Régime des exploitants et des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des DOM ; Régime des fonctionnaires ; Régime des français expatriés « CFE » ; Régime des Marins Pêcheurs ; Régime des militaires ; Régime des clercs et employés de notaire...

RÉGIME OBLIGATOIRE :

Régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) :

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

SÉCURITÉ SOCIALE :

Terme générique utilisé dans ces Conditions Générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'assuré est affilié.

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

Le Régime de Sécurité Sociale Français auquel est affilié l'assuré.

TARIF DE CONVENTION :

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

TARIF DE RESPONSABILITÉ :

Le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné. Le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

TARIF D'AUTORITÉ :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

AVENANT :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.