



CONTRAT FRAIS DE SANTE UGIPS n° 800806





Un module adapté à chaque situation de famille

Les prestations proposées complètent celles versées par la Sécurité sociale et sont limitées aux frais réels engagés et aux garanties définies ci-dessous.

Garanties	GEREP ECO	GEREP ECO +	GEREP TOP	GEREP TOP +
Médecine Courante <ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux et actes de chirurgie • Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux • Examens médicaux 	TM	100% BR	200% BR	300% BR
Médecine douce Consultations ostéopathes, Chiropracteurs, acupuncteurs	Néant	Néant	0,75% PMSS (1)	1% PMSS (1)
Pharmacie	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Prévention <ul style="list-style-type: none"> • Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale • Dépistage de l'hépatite B • Détartrage annuel sus et sous gingival (en 2 séances maximum) 	0,50% PMSS (2)	0,75% PMSS (2)	1% PMSS (2)	1,25% PMSS (2)
Transport	TM	100% BR	200% BR	300% BR
Dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Consultations, soins courants • Prothèses dentaires, inlays onlays pris en charge par la Sécurité sociale 	100 % TM 100 % TM (4)	100 % BR (3) 100 % BR (4)	200 % BR (3) 200 % BR (4)	300 % BR (3) 300 % BR (4)
Optique (par an et par personne) <ul style="list-style-type: none"> • Monture + verres + lentilles, prises-en charge par la Sécurité sociale • Lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale (par an et par personne) • Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par œil) 	TM	Plafond global (2) : FR –MR limite 5 % PMSS	Plafond global (2) FR –MR limite 8 % PMSS	Plafond global (2) : FR –MR limite 12 % PMSS
	Néant	Néant	FR –MR limite 3,5 % PMSS	FR –MR limite 6% PMSS
Auditif : prothèses	100 % TM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Appareillages	TM	100% BR	200% BR	300% BR
Hospitalisation (5) Frais de séjour (6) Honoraires médicaux, chirurgicaux (6)	TM 100 % BR	100% BR 200 % BR	200% BR 300 % BR	300% BR 400 % BR
Forfait journalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière	Néant	1 % / jour	1,5 % / jour	2 % / jour
Cure Thermale Frais médicaux, de séjour, de transport	Néant	FR –MR (2) limite 10 % PMSS	FR –MR (2) limite 20 % PMSS	FR –MR (2) limite 30 % PMSS
Maternité	néant	FR –MR (2) limite 10 % PMSS	FR –MR (2) limite 20 % PMSS	FR –MR (2) limite 30 % PMSS
Allocation d'obsèques Versement du forfait (7)	néant	10% PMSS	20% PMSS	30% PMSS



MR : montant remboursé par la Sécurité sociale.

TM : remboursement du ticket modérateur. Montant laissé à la charge du patient par la Sécurité sociale après application du % à la BR.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

- (1) Dans la limite globale de trois séances par an et par bénéficiaire.
Les **ostéopathes** doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
Les **chiropracteurs** doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
Les **acupuncteurs** doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.
- (2) Par bénéficiaire, dans la limite annuelle indiquée sur le tableau des garanties.
- (3) Rappel : les chirurgiens dentistes ont signé une convention définissant le tarif des soins conservateurs. AXA France Vie se réserve le droit de demander des justificatifs pour les dépassements éventuels.
- (4) Dans la limite globale de 1 524,49 € par an et par bénéficiaire.
- (5) Se reporter aux dispositions spécifiques à l'hospitalisation.
- (6) En secteur non conventionné les frais engagés pris en compte sont limités à 80% des frais réels, sous déduction du remboursement Sécurité sociale, dans les limites prévues au tableau des garanties.
- (7) Une seule pièce justificative à fournir : un extrait d'acte de décès.

Les avantages du contrat

- ◆ **Aucun délai d'attente** : vous bénéficiez de l'ensemble des garanties dès votre premier jour d'adhésion.
- ◆ **Aucune formalité médicale.**
- ◆ **Un module adapté à votre situation de famille** : chaque membre de la famille peut avoir un module propre à ses besoins.
- ◆ **Une gestion rapide** : Vos dossiers réglés sous 3 jours (sur présentation des bordereaux Sécurité sociale ou par télétransmission).
- ◆ **L'estimation de devis dentaires et optiques.**
- ◆ **La délivrance de prise en charge directement aux hôpitaux.**
- ◆ **Un accueil personnalisé.**



Tarifs 2013

Bénéficiaires relevant du régime général de la Sécurité sociale, ou d'un régime assimilé, ou du régime des travailleurs non salariés :

Tarif annuel

Age	GEREP ECO	GEREP ECO +	GEREP TOP	GEREP TOP +
Enfant (jusqu'à 21 ans ou 27 ans si études)	324,00 €	377,04 €	526,32 €	731,52 €
Jusqu'à 35 ans	438,00 €	516,72 €	758,76 €	961,56 €
De 36 ans à 65 ans	708,12 €	840,60 €	1 130,40 €	1 462,68 €
Au-delà de 65 ans	1 181,16 €	1 375,44 €	1 772,16 €	2 180,40 €

Tarif mensuel

Age	GEREP ECO	GEREP ECO +	GEREP TOP	GEREP TOP +
Enfant (jusqu'à 21 ans ou 27 ans si études)	27,00 €	31,42 €	43,86 €	60,96 €
Jusqu'à 35 ans	36,50 €	43,06 €	63,23 €	80,13 €
De 36 ans à 65 ans	59,01 €	70,05 €	94,20 €	121,89 €
Au-delà de 65 ans	98,43 €	114,62 €	147,68 €	181,70 €

Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Bénéficiaires relevant du régime Alsace Moselle :

Tarif annuel

Age	GEREP ECO	GEREP ECO +	GEREP TOP	GEREP TOP +
Enfant (jusqu'à 21 ans ou 27 ans si études)	131,16 €	160,92 €	263,16 €	422,16 €
Jusqu'à 35 ans	180,96 €	224,16 €	382,44 €	557,28 €
De 36 ans à 65 ans	290,40 €	362,28 €	568,20 €	846,48 €
Au-delà de 65 ans	481,80 €	590,76 €	889,08 €	1 260,60 €

Tarif mensuel

Age	GEREP ECO	GEREP ECO +	GEREP TOP	GEREP TOP +
Enfant (jusqu'à 21 ans ou 27 ans si études)	10,93 €	13,41 €	21,93 €	35,18 €
Jusqu'à 35 ans	15,08 €	18,68 €	31,87 €	46,44 €
De 36 ans à 65 ans	24,20 €	30,19 €	47,35 €	70,54 €
Au-delà de 65 ans	40,15 €	49,23 €	74,09 €	105,05 €

Gratuité à partir du 3^{ème} enfant



Comment adhérer ?

Pièces à joindre

- ◆ un chèque de 20 € correspondant à l'adhésion Santé-Pharma si vous souhaitez bénéficier de ce service ;
- ◆ mon autorisation de prélèvement dûment complétée et signée ;
- ◆ un R.I.B. ou un R.I.P. (relevé d'identité bancaire ou postal) ;
- ◆ une copie de votre attestation d'assurance maladie et éventuellement celle de votre conjoint, de vos enfants, de votre concubin ou de votre partenaire ;
- ◆ le cas échéant, pour permettre l'affiliation de votre concubin ou de votre partenaire lié par un PACS : un justificatif de domicile commun dans le premier cas ou une copie du Pacte civil de solidarité dans le second cas ;
- ◆ pour l'affiliation de vos enfants et ceux de votre conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS :
 - s'ils sont étudiant, un certificat de scolarité ;
 - s'ils sont en formation en alternance, une copie du contrat de formation en alternance ;
 - s'ils sont handicapé, une copie de leur carte d'invalidité civil ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrit à l'ANPE, une copie de la carte d'inscription à l'ANPE et le dernier certificat de scolarité ;
- ◆ une copie de votre pièce d'identité en cours de validité (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de domicile de moins de trois mois).

Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet est fixée au 1er jour du mois en cours si la proposition est réceptionnée avant le 15. Dans le cas contraire, la prise d'effet est fixée au 1er du mois suivant.

L'échéance de votre contrat est fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

Cotisations

GEREP vous adressera dès réception de votre souscription, un appel de cotisation unique jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et effectuera les prélèvements mensuels ou trimestriels correspondants le 15 de chaque mois ou des mois de janvier, avril, juillet et octobre. Assurez-vous que votre compte est suffisamment approvisionné afin d'éviter la suspension de vos droits.

La cotisation intègre l'adhésion à l'Ugips pour un montant annuel de 6 €

Nous vous rappelons que tout mois de cotisation entamé est dû.



Vos remboursements

Les remboursements peuvent être effectués, selon votre choix, soit par lettre chèque, soit par virement (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal) sur le compte de l'assuré principal.

Les règlements effectués par virement sont effectués au jour le jour, quel que soit leur montant ; tandis que ceux par chèque sont déclenchés à partir d'un montant de prestations égal à 11 euros et au plus tard au bout de 30 jours, si ce montant n'est pas atteint.

Dans tous les cas, GERE adresse à votre domicile tous les 10 jours, un décompte détaillé des prestations servies accompagné d'une carte de liaison portant vos références.



Avec Internet, vous avez, en outre, la possibilité de consulter vos garanties, vos décomptes de remboursement et les informations concernant votre affiliation. Vos identifiants et code d'accès confidentiels ainsi qu'une notice d'information spécifique vous seront communiqués dès votre affiliation. www.gerep.fr

Où adresser vos demandes de remboursement ?

Le gestionnaire du régime est le **Groupe Européen de Retraite et Prévoyance GERE**

4 Rue de Vienne, CS 40001- 75378 Paris Cedex 08,
Tél. 01.45.22.52.53, télécopie 01.45.22.15.87,

Email : sante@gerep.fr

Site internet : www.gerep.fr

N° Orias : 07 000 294

Horaires d'ouverture : 8 h 30 – 18 h 00
du lundi au vendredi



Comment être remboursé ?

Le délai d'envoi des décomptes de la Sécurité sociale dont nous avons besoin pour compléter votre remboursement étant de l'ordre d'un mois, nous avons mis en place pour vous un système de communication directe avec votre caisse de Sécurité sociale appelé « télétransmission ». Grâce à ce système :

- ◆ plus besoin d'attendre de recevoir votre décompte de Sécurité sociale, ni de nous le renvoyer,
- ◆ par télétransmission, nous recevons directement l'information de votre Caisse,
- ◆ nous traitons immédiatement votre remboursement complémentaire et effectuons le virement correspondant,
- ◆ votre compte est crédité avant même de recevoir le décompte de la Sécurité sociale.

Afin de mettre en place cette liaison, nous avons besoin des documents suivants :

- ◆ la copie de votre attestation de Sécurité sociale en cours de validité, ainsi que celle de vos ayants droit, (document joint à la carte vitale)
- ◆ un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RIP (relevé d'identité postal).

Vous serez informé de la télétransmission lorsqu'apparaîtra sur vos relevés de Sécurité sociale la mention « nous avons transmis ces informations à votre organisme GERE ».

Tant que cette mention n'apparaît pas sur vos décomptes Sécurité sociale, vous devez continuer de nous adresser les originaux des décomptes accompagnés de l'étiquette autocollante qui se trouve sur les décomptes GERE.

Les demandes de remboursements doivent être présentées au plus tard le 31 décembre de l'année civile suivant l'exercice au cours duquel les frais ont été engagés.

NOTA BENE

Que vous soyez ou non en télétransmission, il est indispensable d'envoyer à GERE les factures originales détaillées, pour l'optique, les prothèses dentaires, et ce, dès l'envoi de vos feuilles de soins à la Sécurité Sociale.



Souscription au service tiers payant

Si vous le désirez, la société GEREPharma peut vous délivrer **une attestation de tiers payant "Santé Pharma"** moyennant une cotisation unique de 20 €. Cette cotisation est due uniquement au moment de votre adhésion.

GEREP vous adressera chaque année une nouvelle carte valable pour l'année en cours.

Cette carte vous permet de ne pas avancer les frais pharmaceutiques, de laboratoires et de radiologues. Vous pouvez consulter la liste des laboratoires et radiologues permettant ce tiers payant sur le site internet de GEREPharma ou par téléphone.

En cas de résiliation du contrat, la carte santé en cours de validité, doit être restituée à GEREPharma dans un délai de quinze jours suivant votre départ, ou la résiliation du contrat.

Pour **bénéficier du tiers payant**, vous devez présenter au pharmacien (dans la plupart des départements) l'attestation des droits (jointe à la carte vitale), l'attestation de tiers payant GEREPharma et la prescription s'il y a lieu.

Lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique et que vous ne présentez pas votre attestation de tiers payant GEREPharma, vous devez directement régler la part complémentaire au pharmacien. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre un justificatif de votre règlement.

Vous devez alors transmettre le justificatif de votre complément à GEREPharma pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

Devis et prise en charge

Afin de connaître le niveau de vos remboursements, nous vous invitons à demander, à GEREPharma, l'établissement de devis lorsque vous devez réaliser des soins importants : optique, dentaire, et hospitalisation.

GEREP délivre également **des prises en charge** des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés. L'accord de prise en charge garantit le paiement direct des frais engagés à l'hôpital, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

Quelques recommandations

Signalez nous au plus vite :

- ✦ Tout changement de domiciliation bancaire en nous faisant parvenir votre nouveau RIB ou RIP.
- ✦ Tout changement d'adresse ou de CPAM ou de Numéro Sécurité sociale en nous adressant la photocopie de la nouvelle attestation d'assuré social.

Adressez nous au plus tôt les pièces justificatives

- ✦ Nous vous conseillons d'expédier ces pièces simultanément à votre envoi à la Sécurité sociale. N'attendez pas notre courrier pour nous les adresser.



Utilisez la carte de liaison GERE dans toutes vos correspondances

- ◆ La carte de liaison GERE est la partie haute des décomptes qui est détachable. Elle vous permet de vous identifier immédiatement. Toutes vos coordonnées y figurent.



Contrat responsable & parcours de soins

Les mesures gouvernementales visant à réduire les dépenses de santé, dans le cadre de la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, continuent de se mettre progressivement en place.

L'une des mesures importantes de cette réforme, à effet du 1^{er} janvier 2006, est la mise en place pour les assurances complémentaires santé de la notion de « Contrat Responsable », dont l'objectif est de renforcer les sanctions prévues en cas de non respect du parcours de soins.

Depuis début 2005, tous les assurés sociaux sont invités à choisir leur médecin traitant et à respecter ses prescriptions, y compris pour consulter un autre professionnel de santé. C'est ainsi qu'a été introduite la notion de « parcours de soins ».

Lorsque l'assuré ou un de ses ayants droit de 16 ans et plus ne respectera pas ce parcours de soins et consultera librement le médecin de son choix, la Sécurité sociale diminuera son taux de remboursement (sauf exceptions prévues par la nouvelle réglementation). Conformément au décret sur les contrats « responsables », cette diminution, ainsi qu'une partie des dépassements d'honoraires, ne pourra être pris en charge par votre régime frais médicaux.

Le contrat n° 800806 est un contrat dit « Responsable » et répond aux critères suivants :

- ◆ Prise en charge minimale des honoraires des consultations et des prescriptions pharmaceutiques (vignette blanche uniquement) effectuées ou prescrites dans le cadre du parcours de soins à hauteur de 30 % des bases de remboursement de la Sécurité sociale, de 35% pour les actes de laboratoire,
- ◆ Non prise en charge de la contribution forfaitaire de 1 € prélevée par la Sécurité sociale depuis le 1^{er} janvier 2005,
- ◆ Non prise en charge de la majoration du ticket modérateur sanctionnant l'absence de choix ou de recours au Médecin Traitant, en premier lieu,
- ◆ Prise en charge de 2 actes de prévention,
- ◆ Non prise en charge d'une partie du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, sur les consultations (hors spécialités autorisées en accès direct) et actes techniques
- ◆ Non prise en charge des franchises médicales s'appliquant sur les boîtes de médicaments (0,50 euros) les actes paramédicaux (2 €) et les transports sanitaires (2 €).

Conséquences pour vous :

1 - Le taux de remboursement de la caisse d'assurance maladie passe de 70 à 60% pour les consultations et actes techniques.

2 - Le médecin consulté hors parcours de soins **applique un dépassement d'honoraires** qui s'ajoute à la participation forfaitaire d'un euro déjà à votre charge sur chaque consultation.

3 - Nous n'avons **pas le droit** de prendre en charge une partie de ces dépassements.

Pourquoi ne pas s'écarter du chemin !⁽¹⁾

- Coût de la visite
- Remboursement par la Sécurité sociale
- Remboursement par l'assurance complémentaire
- Frais non remboursables

⁽¹⁾ exemple d'une consultation en secteur I.





Conditions Générales

Article 1 - Le contrat

Le contrat n° 800806 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'UGIPS auprès d'AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073,50 euros, 310 499 959 RCS Paris dont le siège est à Paris (75009) 26, rue Drouot.

Il est régi par le Code des assurances. L'autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et engagées entre la date de début et la date de fin de la garantie. Il est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » défini aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets correspondants.

Le contrat est souscrit dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite Loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

Article 2 – la durée du contrat

Le contrat n° 800806 a pris effet le premier janvier 2009. Il court jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les premiers janvier par accord tacite entre l'UGIPS et AXA France Vie.

Article 3 – La révision du contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. En particulier, votre contrat sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ». Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

Article 4 – Les cotisations

1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation due par l'adhérent pour chaque bénéficiaire – défini à l'article 12 – de la garantie est fixé annuellement. Ce montant, éventuellement fonction de l'âge et de la formule, est indiqué aux conditions particulières. La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

Le tarif enfants est applicable jusqu'au 31 décembre qui suit leur 19ème anniversaire, ou le 27ème selon les critères définis à l'article 12. En outre, le troisième enfant et les suivants sont exonérés de la cotisation dans la même limite d'âge.

Les cotisations sont réajustées pour chaque bénéficiaire à compter du 1er janvier en fonction de son année de naissance. L'âge est calculé par différence de millésimes.

2. Révision des cotisations

Les prestations et cotisations peuvent être ajustées pour tenir compte des modifications des bases de remboursement du régime de la Sécurité sociale. Les tarifs applicables peuvent également être modifiés pour tenir compte des résultats techniques du contrat. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

3. Paiement et défaut de paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par acomptes. Dans le cas où, pour un adhérent, un prélèvement serait refusé par deux fois dans l'exercice, le mode d'appel des cotisations de l'adhérent pourra être modifié en acomptes semestriels sans prélèvement.

Vos cotisations incluent les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet de votre contrat.

Le paiement des cotisations, autres que la première, doit être effectué par l'adhérent dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours indiqué à l'alinéa précédent, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée par l'assureur ou son mandataire, à l'adhérent, lui accordant un nouveau délai de trente jours, à l'expiration duquel l'assurance est suspendue si la cotisation n'a pas été acquittée.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de 30 jours précité, soit 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu, dans le respect des conditions prévues par cet article.

Article 5 – La remise de la notice d'information aux adhérents

Le souscripteur est légalement tenu :

- de remettre aux adhérents un exemplaire de la notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées les modalités d'application de la garantie ;
- d'informer par écrit les adhérents de la résiliation du contrat ou des modifications apportées à celui-ci et ce, avant la date d'effet de celles-ci.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.



Article 6 – Les réclamations

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à votre conseiller GEREPE.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litige seraient à adresser à notre Service Qualité - Relations Clientèle à l'adresse suivante :

AXA Entreprises
Secteur Qualité - Relations Clientèle
26 rue Drouot
75458 Paris Cedex 09

Si le désaccord subsistait notre Service Relations Clientèle proposerait alors un recours gratuit au Médiateur et indiquerait les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 3 mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Article 7 – Le renoncement

Conformément au Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours qui suit la date du premier versement.

Article 8 – La prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances).

Ce point de départ peut être modifié :

- si l'adhérent prouve qu'il a eu connaissance du sinistre à une date ultérieure ;
- si l'adhérent fait une déclaration du risque fautive, inexacte ou incomplète ;
- si son action a pour cause le recours d'un tiers à son encontre.

La prescription peut-être interrompue :

- par une citation en justice, un commandement ou une saisie ;
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée concernant le défaut de paiement de la prime ou le règlement de la prestation.

Article 9 - La législation relative au traitement des données à caractère personnel

les informations concernant les adhérents sont communiquées à l'assureur dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat.

En retour, les adhérents ont un libre accès aux informations les

concernant, conformément à la législation précitée. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de se mettre en relation avec GEREPE ou notre Service Relations Clientèle.

Article 10 – Les conditions d'adhésion au contrat

1. Les régimes de Sécurité sociale acceptés

Les régimes de Sécurité sociale acceptés par le présent contrat sont :

- le Régime général de la Sécurité sociale (travailleurs salariés) et les régimes assimilés ;
- les Régime des Travailleurs Non Salariés ;
- le Régime local d'Alsace-Moselle.

2. Groupe assuré

Pour adhérer au contrat, vos membres doivent :

- répondre aux critères définis aux conditions particulières ;
- remplir une demande d'adhésion fournie par l'assureur ou son mandataire ;

Lors de l'adhésion, il peut être proposé à l'adhérent plusieurs formules de garanties. Dans ce cas la formule de garantie retenue peut ne pas être identique pour tous les bénéficiaires. La ou les formules choisies sont mentionnées sur le bulletin d'adhésion ou le certificat de garantie.

Les membres adhérents non salariés pouvant bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la Loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite Loi Madelin, doivent également justifier qu'ils sont à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, en produisant avec leur formulaire d'adhésion une copie de leur carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Vieillesse.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'assureur que par l'adhérent (Article L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

Article 11 – La durée de la garantie

1. Le début de la garantie

L'assurance prend effet au premier jour du mois en cours si nous recevons la demande d'adhésion avant le 15 du mois. Dans le cas contraire, la prise d'effet est fixée au 1er du mois suivant.

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie.

2. La fin de la garantie

L'assurance prend fin pour chaque adhérent :

- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il ne remplit plus les conditions requises pour faire partie du groupe assuré ;
- à la suite de sa demande de résiliation de l'adhésion sous réserve que l'adhérent l'ait notifiée à l'assureur, ou à son mandataire, par lettre recommandée ; la résiliation prend



effet deux mois après la réception de cette lettre. Toutefois l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion dès qu'il adhère à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel l'assureur, ou son mandataire, en aura eu connaissance ;

- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il a atteint son 60ème anniversaire de naissance pour les frais de cures thermales – si cette garantie est prévue aux conditions particulières – cette disposition étant également applicable aux bénéficiaires ;
- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il a atteint son 65ème anniversaire de naissance pour les frais d'obsèques – si cette garantie est prévue aux conditions particulières, cette disposition étant également applicable aux bénéficiaires – ;
- en cas de cessation de paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 4-3 ;
- en cas de résiliation du contrat.

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne celle des membres de sa famille, sauf en ce qui concerne le conjoint survivant et ses enfants – tels que définis à l'article 12 – lorsque la cessation des garanties est consécutive au décès de l'adhérent et sous réserve que le conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties qui lui sont maintenues.

Article 12 – Les bénéficiaires de la garantie

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de la garantie. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après :

- son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, ni marié ni lié par un PACS à un tiers, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué ;
- ses enfants et ceux de son conjoint :
 - s'ils sont à leur charge au sens de la Sécurité sociale et sont âgés de moins de 20 ans,
 - s'ils sont âgés de moins de 28 ans et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - être affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ;
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à l'ANPE et ayant terminé leurs études depuis moins de six mois ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérées comme primo-demandeurs d'emploi ;

- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

En cas de changement de situation de famille, il est appliqué les dispositions suivantes :

- en cas de mariage, le conjoint a la faculté d'adhérer au contrat ; l'assurance prend effet au premier jour du mois en cours si nous recevons la demande d'adhésion avant le 15 du mois ; dans le cas contraire, la prise d'effet est fixée au 1er du mois suivant.
- en cas de naissance d'un enfant de l'adhérent, les garanties peuvent être accordées pour cet enfant ; l'assurance prend effet au premier jour du mois en cours si nous recevons la demande d'adhésion avant le 15 du mois ; dans le cas contraire, la prise d'effet est fixée au 1er du mois suivant.

Article 13 – Modification des garanties

L'adhérent a la possibilité, à chaque fin de mois, de modifier la formule retenue pour chacun des bénéficiaires. Toutefois, le changement pour une formule supérieure n'est accordé qu'à l'issue d'une période d'assurance de douze mois consécutifs dans la formule immédiatement inférieure.

La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, DEUX MOIS avant le 1er jour du mois au cours duquel les modifications sont envisagées.

Article 14 – Les remboursements de frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies aux conditions particulières, qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement de frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Nous remboursons à l'adhérent, en fonction des garanties et limites décrites dans les conditions particulières, les frais exposés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé. Les actes ou dépassements d'honoraires qualifiés de hors nomenclature par la Sécurité sociale ne sont donc pas remboursés.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations remboursables, et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation, sous réserve qu'ils soient réalisés en France et lorsque la mention en est expressément faite aux conditions particulières.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale, sauf mention contraire aux conditions particulières.

En outre, ne sont pas pris en charge :



- les frais antérieurs de deux ans à la date de leur présentation ;
- les frais dont la date effective des soins est antérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties et postérieure à celle de cessation des garanties.

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

En conséquence :

- il prévoit les obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions ;
 - il ne prend pas en charge la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires et les franchises ;
 - il prend en charge au moins deux prestations de prévention ;
- et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de votre contrat sont automatiquement adaptées en cas de modification de celles-ci.

Excepté le cas visé ci-dessus, les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière et s'ils ont été prévus aux conditions particulières.

La garantie hospitalisation

Sont garantis :

- les frais de séjour ;
- les honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- le forfait journalier ;
- la chambre particulière ;
- le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation ;
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale ;

est limitée à 30 jours par année civile.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les 5 premiers jours étant pris en charge au titre du forfait maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

La garantie maternité

Les frais d'accouchement (et des cinq premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie, inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit à une indemnité forfaitaire, limitée aux frais réels, à l'exclusion de toute autre prestation, pour l'ensemble des frais suivants : honoraires médicaux sauf honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne, frais de séjour (y compris chambre particulière).

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale.

le montant du forfait est doublé en cas de naissances multiples.

Les documents à nous transmettre

- L'original du décompte de la Sécurité sociale pour toutes les garanties à l'exception de la pharmacie (lorsque le bénéficiaire utilise le tiers payant) la maternité et les frais d'obsèques ;
- La prescription médicale datant de moins de 2 ans pour les actes de prévention, les lentilles ;
- L'original de la facture détaillée des actes pour les prothèses dentaires, les lunettes, les lentilles non prises en charge, les prothèses auditives, les appareillages et prothèses diverses, la médecine douce, les cures thermales.

Pour une hospitalisation, selon la facturation dont relève l'établissement :

- l'original du « bordereau 615 C » acquitté ;
- l'original de la facture ;
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement ;

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires.

En cas de maternité :

Une copie de l'acte de naissance de l'enfant.

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- l'original du « bordereau 615 C » acquitté ;
- l'original de la facture ;
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement ;

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires.

En cas de décès du bénéficiaire :

Un extrait d'acte de décès et la facture détaillée des frais d'obsèques.