

CONDITIONS GENERALES CONTRAT SANTE

Notice d'information valant règlement

La présente notice régit les conventions de groupe n° 4495 09 22 I et 4495 09 22 M à adhésion facultative (ci-après dénommées « la convention ») souscrites par ASPRE ASSOCIATION, ci-après dénommée « l'Association » (association loi 1901) 6, rue Laferrière, 75009 PARIS auprès de la mutuelle MICOM-PREICOM (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par le code de la mutualité inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 379 655 541) située 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS, par l'intermédiaire du cabinet ADOHA, 34 boulevard des Italiens, 75009 PARIS Cette convention est ouverte aux membres de ASPRE ASSOCIATION.

Ce document doit être remis à chaque adhérent à la mutuelle.

Les garanties santé sont éligibles à la loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sous la référence 4495 09 22 M. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'Organisme Gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au régime obligatoire de retraite et de prévoyance

Nous vous invitons à conserver précieusement ce document dans votre dossier mutuelle

Définitions générales :

Adhérent

Personne membre de l'Association, qui adhère à la présente convention de groupe pour les garanties exclusivement précisées sur le Certificat d'Adhésion. L'acte d'adhésion est constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste

Année d'Adhésion

Période d'un an qui sépare la prise d'effet des garanties à l'échéance principale.

Conditions d'admission

Les membres de l'Association, affiliés au régime général de sécurité sociale, ou du régime local Alsace Moselle, ou au régime des travailleurs non salariés ;

La durée initiale du contrat est de 12 mois minimum, décomptés à compter de la date d'effet de la garantie.

Bénéficiaires

L'Adhérent, son conjoint et leurs enfants, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au Certificat d'Adhésion.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Enfant

Est considéré comme enfant :

- les enfants, et ceux du conjoint, de moins de 20 ans, à charge fiscale de l'adhérent ou de son conjoint,
- les enfants, et ceux du conjoint de moins de 26 ans, en apprentissage ou poursuivant leurs études

Certificat d'adhésion

Document remis à l'Adhérent pour l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

A leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Echéance principale

Le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

Tiers

Personne physique ou morale non assurée par la présente adhésion au contrat et qui est opposée au bénéficiaire.

Définitions des termes propres aux garanties

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Base de remboursement

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Hospitalisation

Le séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Maladie

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

Régime Obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif d'Autorité

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens non conventionnés.

Ticket modérateur

Part de la Base de remboursement ou du Tarif d'Autorité laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle,

Contrat responsable

La garantie exclut la prise en charge :

-de la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,

-du remboursement des actes et prestations de soins lorsque l'assuré refuse à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel (DMP) ,

-De la participation forfaitaire visée à l'article L322-2 II du code de la Sécurité Sociale et fixée à 1€ sur toute consultation médicale, ainsi que la franchise médicale de la Sécurité Sociale fixée à 0,50 € sur la pharmacie, les actes paramédicaux et à 2 € sur les transports sanitaires, dans la limite de 50 € par an et par personne.

-des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'assuré sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.

Les garanties prennent obligatoirement en charge pour les consultations et prescription du médecin traitant et des médecins spécialistes prescrits par le médecin traitant. :

-30 % du tarif opposable des consultations de médecins,
-30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant et autre que ceux mentionnés au 6° et 7° de l'article R 322-1 (homéopathie et frais de transport).

-35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou les laboratoires .prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L 162-5-3,

La totalité des frais exposés par l'assuré **pour deux prestations de prévention mentionnées au descriptif de la garantie.(article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale)**

TITRE I : BENEFICIAIRES

Article 1 : Admission

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

-de la copie de l'attestation vitale du demandeur et de l'ensemble des bénéficiaires couverts par le membre participant adhérent.

-de l'autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

-le cas échéant, certificat de radiation de la Mutuelle précédente.

L'adhésion peut être souscrite au profit des enfants à charge au sens de la Sécurité sociale et de toute personne couverte par le régime d'assurance maladie sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent.

Les enfants des assurés ressortissants du régime général poursuivant leurs études sont couverts jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sur production d'un certificat de scolarité et d'une attestation de couverture du régime obligatoire des étudiants.

La date d'effet de l'admission est fixée au premier jour du mois civil qui suit la réception, par la MICOM PREICOM, du bulletin d'adhésion.

La garantie prend fin pour les personnes à charge dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1 ci-dessus.

Le membre participant qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la ou (les) carte(s) d'adhérent en sa possession.

Article 2 : Radiation d'office

Cette radiation prend effet au 1er jour du mois qui suit la décision de radiation.

Le participant radié ou exclu qui désire être réintégré dans son ancienne qualité de membre adresse à cet effet une demande écrite au Président de la Mutuelle. Le Président en saisit le Conseil d'Administration aux fins de décision, après avoir recueilli l'avis du Bureau.

Aucune demande de réintégration n'est recevable avant l'expiration d'un délai minimum d'un an, partant du jour de la radiation.

Si la demande est acceptée, l'intéressé ne bénéficie des prestations qu'après avoir effectué à nouveau les stages prévus par les statuts.

Article 3 : Information des adhérents

A chaque adhérent, la Mutuelle remet un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du règlement mutualiste ainsi qu'une carte de membre participant.

Cette carte indique les personnes bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

Article 4 : Informatique et liberté

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle, conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

TITRE II : COTISATIONS

Article 5 : Cotisations

Le montant de la cotisation est fixé soit par l'Assemblée générale, soit par le Conseil d'administration en application de la délégation reçue à ce titre en application de l'article 25 des statuts.

Elle peut être variable selon le régime, la composition familiale, l'âge de chaque bénéficiaire et la région de domiciliation. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation varie en fonction de l'âge atteint à l'année d'assurance, apprécié au 1^{er} janvier de l'année, par différence de millésime. A chaque début d'année civile, l'adhérent reçoit un échéancier de cotisation au titre de la périodicité choisie précisant la cotisation appliquée à l'année d'assurance.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle payable chaque mois ou chaque semestre ou trimestre selon la catégorie à laquelle ils appartiennent et qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

Article 6 : Paiement de la cotisation

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 7 : Relance des impayés de cotisations

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou le 15 du premier mois du trimestre en cours. A défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse, en pli recommandé avec accusé de réception, une lettre de rappel valant mise en demeure, l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de la lettre de mise en demeure, le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat. Il est alors mis fin à toutes les garanties.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

-Paiement mensuel par prélèvement

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, dès lors qu'il y a rejet, le premier mois de cotisations impayées est reporté automatiquement sur le mois suivant.

En cas de non régularisation dans le mois qui suit le premier mois impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du mois impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

-Paiement trimestriel ou semestriel par prélèvement

En cas de non-régularisation dans le 2^{ème} mois du trimestre ou du semestre en cours impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du semestre ou du trimestre impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

Article 8 : Actualisation des cotisations

Le montant des cotisations peut être actualisé sur décision du Conseil, en exécution du mandat que lui a confié l'Assemblée générale, en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la sécurité sociale et des résultats techniques des régimes.

En application de l'article L-221-6 du code de la mutualité, dès lors que les modifications ont été portées à sa connaissance, le participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 9 : Changements d'option

Tout changement d'option ne peut intervenir uniquement qu'au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhérent informe la mutuelle de ce nouveau choix un mois avant la nouvelle échéance.

TITRE III : PRESTATIONS

Article 10 : droit aux prestations

Le droit aux prestations prend effet dès la date d'effet de l'adhésion, tant pour les ouvrants droit que pour les ayants droit.

TITRE IV : MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 11 : Objet et montant

La garantie a pour objet de servir au participant des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant la famille du participant.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le régime général de la Sécurité sociale.

L'étendue et le montant des garanties sont fonction de l'option souscrite.

Article 12 : Définition des prestations

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladies, accidents ou maternité postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux de remboursement et les tarifs pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins. Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de prescription.

Le montant des remboursements prévus, en complément au régime obligatoire, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par le régime obligatoire, une société mutualiste ou un organisme de prévoyance de toute nature ou éventuellement un tiers responsable.

La garantie peut prévoir la prise en charge des frais de prothèses dentaires ou de lentilles qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique pour les interventions chirurgicales, celles-ci comprennent les frais :

- d'opération,
- d'hospitalisation chirurgicale,
- de soins pré-opératoires intervenant dans un délai maximum de deux mois avant la date de l'opération,
- de soins post-opératoires intervenant dans un délai maximum de trois mois après la date de l'opération,
- de garde et de transport en ambulance.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique pour les interventions médicales, sont remboursés :

- les frais de transport en ambulance du malade,
- les séjours en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre hélio-marin, maison d'enfants ou de repos à caractère sanitaire.

Pour un séjour en établissement hospitalier peuvent être pris en charge :

- les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule ou régime particulier, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que : journaux, télévision, téléphone, etc...

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de la chambre particulière, le remboursement est limité à la chambre particulière dite normale conformément aux accords tarifaires passés entre les établissements hospitaliers et les organismes de tutelles.

- les frais d'accompagnement engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans, a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursées les indemnités de lit et de repas.

Les frais de cure thermale peuvent ouvrir, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une **indemnité** prévue à la garantie, dans la limite des frais exposés.

Cette indemnité forfaitaire peut être exprimée soit en euros soit en pourcentage du salaire plafond mensuel de sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier d'un exercice d'assurance.

Article 13 : Forclusion

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à la Mutuelle dans les six mois suivant la date de règlement de la Sécurité sociale, ou de notification de refus de cet organisme.

Article 14 : Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,

Les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la MICOM-PREICOM a conclu une convention de gestion pour une partie des membres adhérents.

Le paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'Administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un paiement est effectué une fois par mois au minimum.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

En cas de remboursement de consultations ou de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué.

Article 15 : Pluralité d'assurance

En cas de pluralité d'assurance contractée par l'adhérent ou le membre participant auprès d'un ou de plusieurs organismes complémentaires, l'intervention de la Mutuelle s'effectue à due concurrence des frais pouvant rester à charge après remboursement par le régime de protection.

Article 16 : Réclamations

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations servies par la Mutuelle doit parvenir dans les six mois à compter du paiement ou du refus de payer lesdites prestations, et pour les adhérents mineurs, dans le délai de six mois à compter de la majorité.

Article 17 : Participation aux frais funéraires

Une participation aux frais funéraires peut être versée, selon décision prise chaque année par l'assemblée générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation, à la personne qui s'est chargée des obsèques, sur présentation des factures acquittées.

Cette décision est prise en fonction des résultats de la mutuelle.

Article 18 : Versement de la participation

La participation aux frais funéraires est versée, le cas échéant, par la Mutuelle quel que soit l'ordre des décès du participant ou d'un membre de sa famille sur présentation des pièces justificatives suivantes : un extrait d'acte de décès, la facture des frais d'obsèques acquittée et le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais.

Article 19 : Participation aux frais d'accouchement

Une participation aux frais d'accouchement peut être versée, en complément aux prestations de la Sécurité Sociale selon décision prise chaque année par l'Assemblée générale.

Les frais relatifs à la grossesse et à l'accouchement pris en charge par la Sécurité sociale au titre du risque maternité ouvrent droit au versement d'une indemnité complémentaire.

Cette indemnité a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de l'assuré, après prise en charge de la Sécurité Sociale, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc....

Article 20 : Service de la prestation

La participation peut être versée par la Mutuelle sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

TITRE V : RELATIONS AVEC LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE, LES ORGANISMES DE LA SECURITE SOCIALE MINIERE, OU D'AUTRES SOCIETES MUTUALISTES

Article 21 : Conventions

Dans le cadre de l'Article R.211.2 du code de la Sécurité sociale, la Mutuelle peut être chargée par les Conseils d'administration de caisses primaires de Sécurité sociale de l'accomplissement de différentes missions confiées par ceux-ci (constitution des dossiers et paiements de prestations).

Des conventions de gestion pourront, par ailleurs, être conclues avec les organismes de la sécurité sociale minière ou avec d'autres Mutuelles relevant du code de la mutualité.

Article 22 : Tiers payant NOEMIE

Lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé en accepte le principe, La Mutuelle lui paye directement le montant des frais qui auraient dû être remboursés à l'adhérent après avoir engagé la dépense.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

Article 23 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Dans le cas où la Mutuelle aurait obtenu d'une caisse ou de tout autre organisme, gérant la part Sécurité sociale obligatoire de la couverture santé, un agrément de délégation de paiement ou un agrément permettant d'agir en qualité de correspondant mutualiste, la Mutuelle est subrogée de plein droit à ses adhérents pour l'encaissement des prestations de Sécurité sociale.

Article 24 Radiation

Le décès, la démission, la radiation ainsi que l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune radiation n'est acceptée en cours d'année.

La durée initiale du contrat est de 12 mois minimum, décomptés à compter de la date d'effet de la garantie.

Au-delà de ce délai, la démission d'un membre adhérent pourra être enregistrée à l'échéance annuelle du contrat, à la condition que :

-la durée du contrat ait été de 12 mois minimum à compter de la date d'effet du contrat.

-la demande intervienne au moins deux mois avant la fin de l'année civile par LETTRE RECOMMANDEE avec accusé de réception, adressée au siège de MICOM PREICOM.

Les adhérents souhaitant se radier pour adhérer à la mutuelle imposée par leur employeur, devront fournir une attestation précisant les garanties couvertes et le caractère obligatoire de l'adhésion. La radiation sera effective au dernier jour du mois suivant la réception de l'attestation et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

