



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Notice d'information valant conditions générales

Equilibre +

Julia

NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE EQUILIBRE + TNS N° 2020 / 006

Souscrit par l'association **UGIP – Union Générale Inter Professionnelle** – association de loi 1901, Siège social : 2 rue Turgot, 75009 PARIS, ci-après dénommée : « la Contractante »,

Auprès de : **Mutuelle de l'Île de la Cité, 37/39 rue de l'Amiral Mouchez- 75013 Paris**, Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au RNM sous le numéro : 784 238 982, ci-après dénommée : « la Mutuelle ».

La gestion de l'adhésion au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par **UGIP Assurances** **Marque de SOLOGNE Finances** –centre de gestion – 73/75, rue Brillât Savarin, 75013 PARIS, ci-après dénommé :

UGIP Assurances ou « le Délégué ».

La commercialisation du contrat a été confiée à titre exclusif à **Sologne Finances** qui le distribue via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

LEXIQUE

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à l'adhésion au contrat, certains termes utilisés dans ceux-ci sont définis ci-après :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne physique légalement majeure, membre de l'Association UGIP, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Age : L'âge est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. *Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 20 né le 2 août 1976, sera considéré avec un âge de 40 ans (2016 – 1976 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2017, avec un âge de 41 ans en 2017.*

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au Certificat d'adhésion pour chaque Assuré.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant celle-ci.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

• Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments et autres biens médicaux.

Certificat d'Adhésion : Document émis par le Service Gestion de UGIP Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la Mutuelle. La date d'effet est indiquée au Certificat d'Adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. A compter du 01/01/2017 et selon les dispositions de la loi n° 2016-1827 du 23 Décembre 2016, le CAS fait place à l'OPTAM et l'OPTAM-CO. Les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Couple : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent ou de l'assuré à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Délai d'attente : le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date d'effet, au terme de

laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.

Echéance principale : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle l'adhésion.

Enfant à charge : Il s'agit du ou des enfants fiscalement à charge de l'adhérent, ou à celle de son conjoint. Ils doivent être obligatoirement affiliés au contrat avant leur 18^{ème} anniversaire (ou leur 25^{ème} s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants). La garantie cessera à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion de l'adhérent moyennant l'acquiescement d'une cotisation spécifique.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Etablissements médico-sociaux : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France Métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe, de St Martin, de St Barthélémy, de la Guyane, de la Réunion, et de Mayotte.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

Honoraires limite de facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés »

Inlay et Onlay : Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% Santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1^{er} janvier 2021 (pour l'inlay composite). Selon la formule de garantie que vous avez retenue les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement peuvent être prises en charge dans la limite du plafond fixé.

Inlay core : Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. A compter de 2020, cet acte est pris intégralement en sus du remboursement de la sécurité sociale, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé » dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la Mutuelle

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant,

le Service Gestion d'UGIP Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble

des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la Mutuelle. La date d'effet est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. A compter du 01/01/2017 et selon les dispositions de la loi n° 2016-1827 du 23 Décembre 2016, le CAS fait place à l'OPTAM et l'OPTAM-CO. Les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Couple : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent ou de l'assuré à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.

Echéance principale : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle l'adhésion.

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

Enfant à charge : Il s'agit du ou des enfants fiscalement à charge de l'adhérent, ou à celle de son conjoint. Ils doivent être obligatoirement affiliés au contrat avant leur 18ème anniversaire (ou leur 25ème s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants). La garantie cessera à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion de l'adhérent moyennant l'acquittement d'une cotisation spécifique.

Etablissements médico-sociaux : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Forfait naissance ou adoption : forfait en euros versé à l'adhérent, dès lors qu'il justifie de 9 mois de présence dans l'option souscrite. En cas de naissances (ou d'adoptions) multiples, cette prime ne pourra être que doublée.

France : Il s'agit de la France Métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe, de St Martin, de St Barthélemy, de la Guyane, de la Réunion, et de Mayotte.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Implantologie non remboursée par le R.O.: Forfait en euros destiné à indemniser exclusivement les frais liés à la partie chirurgicale de la pose de l'implant dentaire réalisée par l'implantologue ou le chirurgien-dentiste.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite

une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Moyen séjour : Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la Mutuelle.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophthalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie dans certains cas) et la Pédiatrie pour les enfants de moins de 16 ans. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire et par le présent contrat.

Plafond annuel de remboursement : Seuil limite annuel de la prise en charge par la Mutuelle d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'adhérent ou l'assuré.

Ticket modérateur : Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Vous : Désigne l'Adhérent.

PREAMBULE

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

Chaque adhésion est régie par les dispositions qui figurent dans les documents remis et par le code de la Mutualité et notamment son livre II. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association **UGIP**, la langue française est la langue utilisée pendant toute la durée de l'adhésion,

Les documents remis sont les suivants :

La Notice d'information qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le certificat d'adhésion en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé couvertes et le montant de la prestation correspondante

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat **EQUILIBRE + TNS** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue au conjoint de l'adhérent et aux enfants à charge, tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Le tableau de garanties et la notice d'information remis aux adhérents précisent la nature des garanties offertes :

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable »

2.1 : Contrat responsable

Les différentes formules de garantie respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application relatives aux contrats responsables.

A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, les différentes formules de garantie prennent en charge :

- L'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans la formule de garantie souscrite) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 2.3 et 2.5 ci-après.

Est également prise en charge, la participation forfaitaire prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

2.2 : Réforme 100% Santé

• Définition :

Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour **certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques**. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soins spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent contrat respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100 Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- équipements de classe 1 pour les aides auditives
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.

• Prix Limite de vente (PLV) :

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et

l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP).

• Honoraires limites de facturation (HLF) :

Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 modifiée.

• Listes des actes, produits et prestations remboursables :

Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100 Santé »).

2.3 : Optique :

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

**A. Equipement lunettes « 100% Santé »
(Classe A)**

La garantie permet le remboursement, **dans la limite des prix limites de vente**, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe A :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents
- du supplément applicable pour les verres avec filtre,

dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

**B. Equipement lunettes hors 100 % Santé
(Classe B)**

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe B :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus du Ticket Modérateur, dans les limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites). Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage

facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

C. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

- Quelle que soit la garantie choisie, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période :
 - de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
 - d'1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
 - de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dérogations :

- la période de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus est réduite à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement complet (deux verres et une monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visées dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les assurés ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

L'appréciation de ces périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant lesdites périodes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les règles d'application des garanties du présent contrat sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de classe A et d'une monture de classe B ou inversement.

Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

2.4 : Dentaire

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ».

Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

facturation et sans reste à charge (panier 100 % Santé),

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (panier reste à charge maîtrisé),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier libre).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (panier 100 % Santé) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré aux dates d'application fixées par voie réglementaire.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (panier reste à charge maîtrisé et panier libre) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie. Les limites de remboursement sont fixées dans les tableaux de garanties en annexe au présent contrat.

2.5 : Aide auditive - Dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie.

A. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

B. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- **au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le Ticket Modérateur.** Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la formule de garantie choisie, **la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.** L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

2.6 : Evolutions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable » et modifications du contrat

Les modifications proposées par la mutuelle au présent contrat collectif visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application sont réputées acceptées à défaut d'opposition du souscripteur. La mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le souscripteur.

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Seuls peuvent adhérer au contrat mis en place dans le cadre du dispositif dit « Loi Madelin », les **TRAVAILLEURS NON SALARIES**, membres de l'association **UGIP**, à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Le **TRAVAILLEUR NON SALARIE** doit joindre à sa demande d'adhésion, et à chaque renouvellement de son adhésion, une attestation attestant qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Le non-paiement des cotisations obligatoires interdit l'adhésion à un contrat « Loi Madelin » et expose son débiteur à des sanctions civiles et pénales (article L.652-4 du Code de la sécurité sociale).

Sont assurables les adhérents **TNS à UGIP** et par extension s'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion, leur conjoint, et leurs enfants à charge tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

Pour adhérer au contrat, il faut :

-être assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

- respecter l'âge limite d'adhésion, à savoir 89 ans pour les formules ' Option 1 ' et ' Option 2 ' ; et 80 ans pour les formules ' Option 3 ' et ' Option 4 '.

L'âge de l'adhérent est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance.

Il en est de même de l'âge de l'assuré.

Les mêmes limites d'âge s'appliquent aux assurés sauf exception(s) correspondant à la formule de garantie retenue.

être à jour de ses cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse dès lors que l'on souhaite bénéficier des dispositions de la loi Madelin

ART.4 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article « 13 – Résiliation » de cette notice d'information.

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.5 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAI D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Des délais d'attente existent et sont précisés dans le tableau de garanties et dans la notice d'information remise à l'adhérent.

Le délai d'attente visé ci-dessus ne saurait toutefois faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en cas d'application de ce délai, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Les remboursements de la Mutuelle peuvent donc être inférieurs à ceux mentionnés dans le tableau des prestations.

Délais d'attente

Un délai d'attente est applicable pour le poste « Hospitalisation » (honoraires du praticien, chambre particulière, et lit accompagnant) durant les trois premiers mois de souscription (hors accident).

Pour les options 2, 3 et 4, si hospitalisation lors des 3 premiers mois de souscription (hors accident), le remboursement s'effectuera sur la base de l'option 1, sauf si garanties antérieures équivalentes et dont la date de radiation est inférieure ou égale à trois mois.

De même, pour le poste « Forfait naissance / adoption », il sera appliqué un délai d'attente de 9 mois, sauf si garanties antérieures équivalentes et dont la date de radiation est inférieure ou égale à trois mois.

Pour le poste « Implantologie non prise en charge par le régime obligatoire (limité à 1 implant par an) », la prestation sera versée après un délai d'attente de 6 mois non abrogeable pour l'adhérent et tout assuré.

En cas d'augmentation(s) des garanties, le (s) délai (s) contractuel(s) de 3,6 ou 9 mois dans la nouvelle option sera (seront) à nouveau applicable (s).

ART.6 - TERRITORIALITE

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à St Martin, à St Barthélemy, en Guyane, à la Réunion et à Mayotte. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique.

Il est précisé que les prestations ne sont garanties que lorsque les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Ces dispositions ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

ART.7 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

7.1 Les exclusions générales

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes

d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

7 - 2 - Les autres exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les frais et/ou hospitalisation engendrés par les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

7 - 3 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- Hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour.
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

- les séjours et frais relatifs aux établissements de post cure, les centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ainsi que les centres d'accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux ainsi que les Lits Halte Soins Santé (LHSS),

7 – 4 - Les exclusions applicables aux hospitalisations et traitements suivants :

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de UGIP Assurances, indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites.
- Les prothèses dentaires provisoires non remboursées par le régime obligatoire de l'assuré.
- Le scanner pré-implantaire non remboursé par le régime obligatoire.

Toutefois, les exclusions mentionnées aux articles 7.2 à 7.4 ci-dessus ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

7.5 – Limitations

Des limitations de garanties existent et sont précisées dans le tableau de garanties et dans la notice d'information remise à l'adhérent.

Consultation CNPSY (Neuropsychiatre et Psychiatre) :

Limité à 10 par an et par bénéficiaire. Au-delà de cette limite, règlement sur la base du TM (ticket modérateur)

Hospitalisation (y compris hospitalisation à domicile- HAD) :

- **Chambre particulière :**
 - En Médecine, Chirurgie et Maternité, sans limitation de durée
 - En Rééducation, Convalescence, Repos, limité à 30 jours/ an / bénéficiaire
 - En Psychiatrie, limité à 15 jours /an/ bénéficiaire
- **Lit accompagnant suite hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 16 ans :**
 - Limité à 30j / an

Plafond dentaire

Le plafond dentaire ne s'applique que sur les prothèses dentaires et Inlay-Core hors réforme "100% Santé". Lorsque celui-ci est atteint, la garantie est alors limitée à 100% du remboursement du R.O.

ART.8 - VOS DECLARATIONS

8.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **EQUILIBRE + TNS**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

8.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Si les éléments modifiés constituent :

une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.

Une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'*adhérent* et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la Mutualité.

8.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

8.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à **UGIP Assurances** par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire **UGIP Assurances** en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.9 - VOS COTISATIONS

9.1 - La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de la cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge, du lieu de résidence, et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du régime obligatoire lors de la prise d'effet des garanties.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel selon

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

l'âge atteint (Il est rappelé que l'âge tant de l'adhérent que de l'assuré est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours considérée et l'année de naissance).

En cas d'ajout d'un nouvel assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant

La cotisation peut évoluer en cas de changement de Régime Obligatoire.

La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

9.2 - La variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, la cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge évoquée ci-dessus, sera réévaluée au minimum par référence à l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

Elle pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements (et / ou des remboursements pris en charge par le Régime Obligatoire), modification matérialisée par la signature d'un avenant entre la Contractante et la Mutuelle.

Elle pourra également évoluer en cas de modification des taux des impôts, taxes et contributions inhérents aux cotisations tels qu'ils étaient fixés à l'adhésion ou lors de la précédente modification déjà intervenue.

Conformément à l'article 6 de la loi n°89 1009 du 31 décembre 1989, toute majoration de tarif devra être uniforme pour l'ensemble des

assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie.

La Mutuelle proposera à la Contractante la majoration. En cas d'acceptation, un avenant au présent contrat collectif devra être émis et les adhérents en seront informés trois mois avant l'entrée en vigueur de cette majoration tarifaire.

Au cas où cette majoration tarifaire ne serait pas acceptée par l'adhérent, celui-ci pourra résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception à **UGIP ASSURANCES** dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette information relative à la majoration tarifaire.

9.3 - Le paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. Elle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance auprès de la Mutuelle ou son délégataire. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

9.4 - Le non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la Mutualité, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du contrat.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai précité de quarante jours, le défaut de paiement de la

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion de la garantie définie sur son certificat d'adhésion ou au contrat. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à la charge de l'adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

ART.10 - LA MODIFICATION ET LA CESSATION DE VOS GARANTIES

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées dans la notice d'information.

Les garanties prennent fin :

- lorsque l'assuré ne répond plus aux définitions de l'article 3
- en cas de résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause.

ART.11 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Les prestations de la Mutuelle, telles que prévues au sens du présent contrat, interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à prestations de la part de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du

Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent ou l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

A - Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire :

Le montant est celui, tel qu'il figure :

- Dans le fichier télétransmis par le centre de paiement à **UGIP ASSURANCES** (Procédure de télétransmission avec la caisse obligatoire)
- Ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par le centre de traitement.
- Et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

B - Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire (s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion) :

- Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est (sauf dispositions contraires propres à certaines prestations prévues par le présent contrat) celle qui correspond :

- A la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci)
- Aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel », elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-après du présent contrat.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, la Mutuelle se conforme aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP), de la Liste des Actes et Prestations (LAP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

A l'exception des cas où la Mutuelle règle directement au professionnel de santé les

dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Seuls les soins engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part de la Mutuelle, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire : Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximale par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

Cas particulier de la bonification des postes « Consultations, Téléconsultation, et Visite par Médecin spécialiste », « Praticien de santé non remboursés par le R.O. », et « Honoraires Médecins, Chirurgie et Anesthésiste » : La bonification des taux de remboursement ainsi que du nombre de consultations accordées pour ces postes est définie par le temps de présence dans la garantie pour chaque assuré. En cas de changement d'option pour augmentation des garanties, l'adhérent et ses ayants droit perdent l'ancienneté qui leur était acquise jusqu'alors, il leur sera donc appliqué le 1er niveau de la nouvelle option. A contrario, en

cas de diminution des garanties suite à un changement d'option, l'adhérent et ses ayants droit conservent dans la nouvelle option l'ancienneté acquise précédemment.

Cas particulier de la prestation « Forfait Plus » : Certains honoraires, médicaments et actes de prévention, listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés par le régime obligatoire de l'assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge dans la limite du montant forfait annuel précisé dans la formule de garanties souscrite.

Cas particulier du Bonus fidélité et Plafond dentaire : Les "Bonus fidélité" et "Plafond dentaire" pour ces postes sont déterminés par le temps de présence dans l'option pour chaque assuré. En cas de changement d'option pour augmentation des garanties, l'adhérent et ses ayants droit perdent l'ancienneté qui leur était acquise jusqu'alors. A contrario, en cas de diminution des garanties suite à un changement d'option, l'adhérent et ses ayants droit conservent dans la nouvelle option l'ancienneté acquise précédemment.

Cas particulier du Forfait naissance ou adoption : Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né ou adopté est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat du père ou de la mère (l'enfant ne pouvant en aucun cas être rattaché à deux contrats). La demande d'inscription doit être formulée dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Il est rappelé que ce forfait est versé dès lors que l'adhérent principal justifie d'une ancienneté de 9 mois dans l'option souscrite au moment de l'évènement (soit la naissance de l'enfant nouveau-né soit la date de jugement d'adoption). En cas de naissances (ou d'adoptions) multiples, la prime de naissance ne sera que doublée.

ART.12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que la Mutuelle ou son délégataire n'ont pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à la Mutuelle ou son délégataire sont les suivants :

L'hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires acquittées des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques) : l'original du décompte du régime de base et la facture acquittée du professionnel de santé.

Le dentaire : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire, l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

L'implantologie non prise en charge : l'original de la facture du praticien mentionnant le libellé de l'acte réalisé, la date des soins, le nom et prénom du bénéficiaire, le montant acquitté.

L'optique : l'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

La pharmacie homéopathique prescrite mais non remboursée : l'original de la facture du pharmacien mentionnant les dates d'achat, le nom des produits, le bénéficiaire des fournitures, et le montant acquitté, accompagnée de la prescription du praticien.

Les vaccins et la pilule contraceptive prescrits mais non remboursés : la copie de l'ordonnance du praticien et l'original de la facture acquittée du pharmacien.

Le sevrage tabagique : la facture du pharmacien mentionnant le nom et prénom du bénéficiaire, la date d'achat, le libellé du substitut nicotinique (hors cigarette électronique et ses recharges), le montant réglé.

La prévention : la prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle acquittée.

La Médecine douce ou le praticien de Santé non remboursé par le RO : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle acquittée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, **UGIP Assurances** pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à UGIP Assurances dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins.

CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

UGIP Assurances et la Mutuelle se réservent la possibilité de demander aux assurés tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de **UGIP Assurances**.

De même, ils peuvent demander à l'assuré de se soumettre à un examen auprès du médecin de leur choix qu'ils lui auront alors désigné.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical avec l'assuré, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT ET A LA TELETRANSMISSION

Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

A cette fin, une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par **UGIP Assurances** lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé concernés.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, **UGIP Assurances** pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

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

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

La télétransmission : Les assurés relevant d'un régime obligatoire Maladie peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestations de soins à **UGIP Assurances**. Ce service permet d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire, et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE.

Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service, qui ne pourra être attribué à UGIP Assurances, et constituer pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

La Mutuelle se réserve le droit de récupérer auprès de l'adhérent toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

ART.13 – RESILIATION

13.1 L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L221-10 du code de la Mutualité) en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation d'un assuré

IMPORTANT : Ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi CHATEL).

L'adhérent peut également résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception en cas de modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, conformément à l'article 4 du présent contrat.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle conformément à la législation en vigueur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés peuvent demander à adhérer au présent contrat dans les conditions fixées à l'article 15 de ce même contrat.

En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 19 du présent contrat.

L'adhésion prend également fin en cas de résiliation du contrat collectif par l'association UGIP, conformément à l'article 2 des conditions générales du contrat collectif N° 2020 / 006.

13.2 Les modalités de la résiliation

- Par l'Adhérent

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception et adressée au siège de **UGIP Assurances, 73-75 Rue Brillât Savarin 75013 PARIS.**

- Par la Mutuelle

La résiliation par la Mutuelle sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'adhérent est tenu de restituer à UGIP ASSURANCES les originaux des cartes de tiers payant en cours de validité.

13.3 Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties souscrites, pour l'ensemble des assurés.

Après résiliation de l'adhésion, l'assuré ne pourra demander une nouvelle adhésion qu'après un délai de 2 ans à compter de la résiliation.

ART.14 – DROIT A RENONCIATION

14.1 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'affiliation sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour ce faire, il doit adresser à : **UGIP Assurances, 73-75 Rue Brillât Savarin 75013 PARIS**

une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au contrat **EQUILIBRE + TNS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

Le (*date et signature*) ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, au présent contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Pour ce faire, il doit adresser à :

**UGIP Assurances, 73-75 Rue Brillât
Savarin 75013 PARIS**

une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au contrat **EQUILIBRE + TNS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

Le (*date et signature*) ».

L'adhésion au contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai de renonciation sauf demande expresse de l'adhérent. Lorsque celui-ci exerce son droit de renonciation, il ne peut être tenu qu'au paiement d'une cotisation égale au prorata de la cotisation

annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception de sa demande de renonciation, à l'exclusion de toute pénalité.

En cas de renonciation, la Mutuelle rembourse à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné à l'alinéa précédent. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de renoncer.

L'adhérent restitue à la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçus de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhérent communique à la Mutuelle sa volonté de renoncer.

ART.15 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

ART.16 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des assurés contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, l'adhérent ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Art.17- Traitement et Protection des données personnelles

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations à caractère personnel recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ou son organisme gestionnaire par délégation – cf ci-dessous – sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale.

De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Ces informations pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

La gestion de l'adhésion au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par **UGIP Assurances, Marque de Sologne Finances** – centre de gestion – 73/75 rue Brillât Savarin - 75013 PARIS.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés du Gestionnaire, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

UGIP Assurances
Correspondant Informatique et Libertés
73-75 Rue Brillât Savarin
75013 PARIS

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés CNIL – 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Conformément à l'article L.223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec le Distributeur, le Gestionnaire ou l'Assureur, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

ART.18 - RECLAMATION - MEDIATION

Pour toute réclamation relative à la gestion du présent contrat, les cotisations ou encore les prestations, l'adhérent (ou l'assuré) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il rencontre des difficultés liées à l'application du contrat, il peut formuler une réclamation ou signifier

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE REGIME FRAIS DE SANTE N° 2020/006

son désaccord, par courrier simple adressé à :
**UGIP Assurances, 73/75 Rue Brillât Savarin,
75013 PARIS**

Si un différend persistait après la réponse apportée, il aurait la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de La Mutuelle de l'Île de la Cité- 37/39 rue de l'Amiral Mouchez – 75013 PARIS.

Après avoir été saisi du litige, le médiateur recueille les informations qui lui sont nécessaires pour instruire le dossier et rend un avis dans un délai de trois mois. Cet avis ne s'impose ni à l'adhérent (ou à l'assuré) ni à la Mutuelle qui conservent tous les deux le droit de saisir le tribunal.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction que ce soit par l'adhérent (ou l'assuré) ou la Mutuelle.

ART.19 - AUTORITE DE TUTELLE

Le contrôle de la Mutuelle est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (France)