

SANTÉ

NOTE D'INFORMATION



Du contrat d'adhésion n° 196 4A8034 S / FFA
COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS "ADHÉSION
INDIVIDUELLE" souscrit par la FÉDÉRATION
FRANÇAISE DES ASSURÉS au profit des MEMBRES
DE L'ADHÉRENT F.F.A. auprès des AGF IART, 87
RUE DE RICHELIEU 75002 PARIS.

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 BASES LÉGALES

Le contrat est régi par le code des Assurances.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 (fausse déclaration intentionnelle) et L113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) du code des Assurances.

Prescription : Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter du jour de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions prévues par les articles L. 114-1 (prescription) et L. 114-2 (interruption de la prescription) du code des assurances.

Réclamations – Médiation : Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 Janvier 1978. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur, et le cas échéant, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès de la FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES, 207 rue JEAN JAURES, CS 52826, 29228 BREST CEDEX 2.

L'assuré peut également formuler toute réclamation au sujet du contrat ou de son exécution auprès du même service.

Ces examens ou réclamations sont sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Déclaration des autres assureurs : Si les risques couverts par le contrat d'adhésion sont ou viennent à faire l'objet d'une autre assurance, le participant ou toute autre personne en son nom, doit en faire la déclaration à l'assureur :

- lors de l'affiliation au contrat d'adhésion pour les assurances en cours à cette date,
- préalablement à la souscription de cette autre assurance, si celle-ci résulte du fait du participant,
- voire de l'adhérent,
- dans un délai de huit jours à compter du moment où le participant ou l'adhérent en a connaissance, dans les autres cas.

Limites de garanties - Pluralité d'assureurs :

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat d'adhésion peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

1.2 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Au titre du contrat d'adhésion, le terme «bénéficiaire» recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- l'assuré lui-même, membre de l'adhérent, affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou à l'Assurance maladie des professions indépendantes,

- le conjoint bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation du participant ou d'une affiliation personnelle au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou à l'Assurance maladie des professions indépendantes,

- les enfants à charge célibataires, bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation du participant ou de celle du conjoint,

- les enfants à charge célibataires, âgés de moins de 25 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale en tant qu'apprentis,

- les enfants à charge célibataires, âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26^{ème} anniversaire lorsqu'il bénéficie toujours, à cette date, du même régime de la Sécurité sociale.

Remarques :

- La notion «à charge» mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale.

- La situation de concubinage notoire, avec attestation, est assimilée à la qualité de conjoint et le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'assuré.

- Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

1.3 FORMALITÉS D'ADMISSION

Chaque membre admissible doit fournir la photocopie de la carte d'assuré social de chaque bénéficiaire, compléter un bulletin d'affiliation comportant, les renseignements relatifs à l'état civil et aux membres de sa famille appelés à bénéficier des garanties.

Pour les travailleurs indépendants, justifier d'être à jour du paiement des cotisations dues au titre du régime obligatoire de l'A.M.P.I par la production d'une attestation délivrée par la caisse concernée.

1.4 CHOIX - MODIFICATIONS DES GARANTIES

Choix des garanties : Au moment de son affiliation au contrat, le participant a le choix entre 9 options de garantie : Eco, Budget, Confort, Prestige 200, Prestige 300, Prestige 400, Elite 200, Elite 300 et Elite 400.

L'assuré doit être âgé, à la date d'affiliation, de moins de 80 ans pour les options Eco, Budget, Confort et de moins de 65 ans pour les options Prestige 200, Prestige 300, Prestige 400, Elite 200, Elite 300 et Elite 400.

L'option de garantie retenue par l'assuré s'applique également à son conjoint et ses enfants appelés à bénéficier du contrat.

Modifications d'options : Sous réserve de satisfaire à nouveau aux formalités d'admission, l'assuré a la faculté d'opter pour des garanties plus importantes en formulant une demande de changement d'option.

Dans ce cas, les délais d'attente (s'ils ne sont pas écoulés) continuent à s'appliquer pour l'option précédente et la nouvelle garantie prend effet à l'expiration du nouveau délai de carence calculé à partir de la date d'effet de l'augmentation des garanties.

1.5 DÉBUT DES GARANTIES - DÉLAI D'ATTENTE

Les garanties ne sont acquises qu'après réception de l'acceptation écrite notifiée par l'assureur et pour une durée minimum d'un an.

L'affiliation prend effet au plus tôt :

- le 1^{er} jour du mois au cours duquel parvient la demande d'affiliation si celle-ci est reçue avant le 15 de ce mois,
- le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel parvient la demande d'affiliation si celle-ci est reçue entre le 15 et le dernier jour du mois.
- Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au contrat d'adhésion, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

Néanmoins, il est fait application d'un délai d'attente, décompté à partir du jour de l'affiliation de :

- 6 mois pour les prothèses dentaires, 10 mois pour la maternité.
- En hospitalisation suite à maladie : limitation à la garantie confort pour les options 200, 300, 400 pendant les 3 premiers mois.

Le délai d'attente peut être abrogé pour le participant et ses bénéficiaires si l'affiliation fait suite à une assurance de même nature et de même importance. Dans le cas où l'assurance précédente aurait des garanties plus faibles, le participant peut conserver celles-ci pendant le délai d'attente. La date des soins retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus).

1.6 RENOUVELLEMENT – DÉNONCIATION DES AFFILIATIONS

À l'égard de chaque affiliation, la garantie se renouvelle annuellement à chaque 1^{er} avril, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, assuré ou assureur.

Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant le 1^{er} avril ou à tout moment en cas de mariage, de déménagement (changement de département), de changement de régime obligatoire, de changement de situation professionnelle, en cas d'assurance obligatoire de groupe, sous réserve que la demande nous soit adressée dans un délai de 30 jours accompagnées d'un justificatif.

1.7 FIN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

À l'égard de chaque participant, les garanties cessent :

- à la date à laquelle il n'est plus affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou à l'Assurance maladie des professions indépendantes,
- à la date à laquelle il est radié des listes de l'adhérent,
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date de dénonciation de l'affiliation et à l'échéance du bulletin d'affiliation de l'assuré suivant la date de résiliation du contrat d'adhésion.

À l'égard des autres bénéficiaires :

- à la date de cessation des garanties de l'assuré, sauf application du paragraphe 1.8 – MAINTIEN DES GARANTIES,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de bénéficiaire.

1.8 MAINTIEN DES GARANTIES

Pour les conjoints et/ou enfants perdant la qualité de bénéficiaire du fait du décès de l'assuré, il est proposé le maintien au contrat d'adhésion au titre de l'option dont ils bénéficiaient précédemment.

2 OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES

2.1 TERMINOLOGIE

Secteur conventionné :

- Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les tarifs de responsabilité convention (T.R.C.).
- Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Tarifs de Responsabilité convention. Le ticket modérateur (T.M.) et le dépassement éventuel du tarif de responsabilité convention sont à la charge du participant.

Secteur non conventionné : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre la Sécurité sociale et la profession. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.).

Tarif de responsabilité convention (T.R.C.) : Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

2 OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES (SUITE)

Ticket modérateur (T.M.) : Part du tarif de responsabilité convention (T.R.C.) restant à la charge du participant après le remboursement de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (P.M.S.S.) : Salaire mensuel de référence fixé annuellement par la Sécurité sociale.

Régime de base : Régime général ou local des salariés de la Sécurité sociale, régime de la Mutualité sociale agricole ou régime de l'Assurance maladie des professions indépendantes.

2.2 OBJET DES GARANTIES

Les garanties du contrat d'adhésion ont pour objet :

- le remboursement, en complément du régime de base, de tout ou partie des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ayant donné lieu au versement de PRESTATIONS EN NATURE par la Sécurité sociale, la Mutualité sociale agricole ou l'Assurance maladie des professions indépendantes,
- la prise en charge du forfait hospitalier, et suivant l'option, de la chambre particulière et des frais d'accompagnement. Nous entendons par hospitalisation un séjour à l'hôpital comprenant au moins une nuit, (les soins ambulatoires ne sont pas considérés comme hospitalisation).
- l'attribution d'un forfait en cas de maternité, cure thermique ou frais d'obsèques, s'il est prévu au titre de l'option choisie.

Par exception à ce principe, les prothèses dentaires et les lentilles refusées par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu à un remboursement suivant l'option retenue.

Durée d'hospitalisation : Les séjours en établissements psychiatriques, climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyen séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues, sont prise en charge dans la limite globale de 90 jours par année d'adhésion.

Valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale : Pour les prestations ou les plafonds de garantie exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, l'assureur retient comme valeur de référence le plafond en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice d'assurance considéré.

3 ÉVOLUTION DES COTISATIONS

3.1 INDEXATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées à la date d'effet du contrat en fonction de l'âge à l'adhésion et sont ensuite augmentées chaque année au 1^{er} avril. La cotisation évolue contractuellement de 3% chaque année. A ce taux, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la Consommation Médicale. L'augmentation peut

2.3 ÉTENDUE DES GARANTIES

Demeurent exclus des garanties, les accidents et maladies occasionnés par :

- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre,
- les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le bénéficiaire y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,

Sont exclues des garanties les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans les établissements non hospitaliers,
- dans les établissements hospitaliers suivants :
 - établissements, maisons, centres ou unités de long séjour,
 - maison de santé de toutes nature, cliniques psychiatriques,
 - établissement, maisons, centre ou unités de lutte, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
 - maison d'enfants à caractère sanitaire,
- dans les établissements de cure à l'exception des cures thermales

Demeurent également exclus des garanties, les actes hors nomenclature, les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf ceux consécutifs à un accident couvert par le contrat d'adhésion et pris en charge par la Sécurité sociale.

Etendue territoriale : L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France (y compris DOM et TOM) et pour des bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique également aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit.

En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

se faire aussi au cours d'année en fonction d'éléments d'ordre technique (résultats techniques, modification de la couverture de votre régime obligatoire français d'assurances maladie et de maternité, modification des taxes).

3.2 MODIFICATION DE LA COUVERTURE SOCIALE

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire ou par nous peut entraîner en cours d'année :

- soit le maintien de votre niveau de garantie global (cumul des remboursements de votre régime et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,
- soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de garantie.

4 PRESTATIONS GARANTIES

Les différentes formules de garanties sont définies en annexe.

5 GESTION DU CONTRAT D'ADHÉSION

Conditions de paiement des cotisations

Les cotisations dues sont payables auprès de la FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES par chaque assuré, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance.

Défaut de paiement des cotisations

Un assuré peut être exclu du contrat si celui-ci cesse de payer sa cotisation.

Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par la F.F.A. d'une lettre recommandée de mise en demeure.

En outre, la F.F.A. pourra réclamer en justice le paiement des cotisations dues.

En cas de mise en demeure pour non paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au code des assurances.

5.1 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité sociale et éventuellement du décompte d'un précédent organisme, accompagné, pour les frais d'hospitalisation, d'appareillages divers, d'optique, de prothèses dentaires ou d'orthodontie, d'une facture détaillée de l'établissement du praticien ou du fournisseur précisant la nomenclature de l'acte.

Lentilles refusées : joindre la facture de l'opticien et la prescription médicale

Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale : joindre la copie de la feuille de soins visée par la Sécurité Sociale et la facture détaillée du dentiste.

Maternité : Le forfait est réglé à la mère sous réserve de son affiliation au contrat, et de la fourniture de l'acte de naissance de l'enfant.

L'attribution de ce forfait exclut tout autre remboursement lié à la maternité, sauf en ce qui concerne les complications nécessitant une intervention chirurgicale pendant l'accouchement.

En cas de complications (hospitalisation de plus de 5 jours), les frais restant à charge sont pris en compte au titre du poste «chirurgie - hospitalisation médicale et chirurgicale».

Cure thermale : Le forfait est réglé, en remboursement des dépenses pour prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement), sous réserve de la fourniture des factures relatives aux frais engagés.

Frais d'obsèques : Le forfait est réglé sous réserve de la fourniture de l'acte de décès du bénéficiaire décédé accompagné de la facture relative aux frais engagés.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises par le sociétaire (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la date où les frais ont été exposés, sous peine de déchéance.

Toute fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences, d'un sinistre entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

5.2 CONTROLE MÉDICAL

Dans tous les cas et à toute époque, les médecins, agents et délégués de l'assureur ont libre accès auprès de tout bénéficiaire pour vérifier, le cas échéant, si les dossiers soumis en vue d'un remboursement complémentaire ne sont pas visés par les exclusions mentionnées au contrat d'adhésion.

De plus, l'assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout bénéficiaire sinistré. Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à l'examen du médecin délégué par l'assureur.

En cas d'opposition injustifiée, le bénéficiaire peut être mis en demeure, par lettre recommandée, adressée au moins dix jours à l'avance, d'avoir à se soumettre à ce contrôle sous peine d'être déchu de ses droits pour le sinistre en cause.