

REPAM SANTE 2012/2013 SENIOR

SS / TNS / AGRICOLES

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion

Produit choisi : celui porté au certificat d'adhésion

CONDITIONS GENERALES REPCG2013

1 : PREAMBULE

Il a été conclu entre l'Association des Assurés de REPAM et AMIS-AVIVA Assurances, les Conventions d'assurance de groupe N° 67329680 – 16 NIVEAU 01 S, N° 67329680 – 17 NIVEAU 02 S, N° 67329680 – 18 NIVEAU 03 S, N° 67329680 – 19 NIVEAU 04 S – N° 67329680 – 20 NIVEAU 05 S, N° 67329680 – 21 NIVEAU 06 S à adhésion facultative, régies par le Code des Assurances.

Les Conventions ont pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Adhérent et les membres de sa famille. Elles reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Adhérent.

Contrats responsables :

La présente convention d'assurance s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables. Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quelque soit le produit choisi. **En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par la Sécurité Sociale. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.**

2 : DEFINITIONS

ADHERENT :

La personne qui adhère au contrat et à jour de ses cotisations.

BENEFICIAIRES :

Sont bénéficiaires de l'Assurance, l'Adhérent, son conjoint ou concubin et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime agricole, soit du régime d'assurances sociales des Travailleurs Non Salariés, soit du régime Alsace Moselle. Ils doivent résider en France et exercer leurs activités professionnelles en France s'ils sont en activité.

MALADIE :

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

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolations, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimum comprend une nuit complète.

SOINS MEDICAUX COURANTS :

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
- le tarif servant de base au remboursement,
- le taux de participation du régime obligatoire,
- la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire,
- les frais réellement engagés par vous,
- le niveau que vous avez retenu.

R.O. : Régime obligatoire.

T.A : Tarif d'Autorité

Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

T.R : Tarif de Responsabilité

Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

T.M : Ticket Modérateur

La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

BASE DE REMBOURSEMENT : Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

DELAI D'ATTENTE :

Les garanties sont accordées sans délai d'attente.

Toutefois, si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties égales ou supérieures lors de la souscription, les frais de séjours et honoraires en hospitalisation médicale ou chirurgicale sont limités, les 6 premiers mois, à hauteur des garanties de la précédente complémentaire (sauf accident). Les frais de séjours et honoraires sont limités, les 6 premiers mois, à 100 % de la base de remboursement sécurité sociale, si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties lors de la souscription.

La chambre particulière n'est pas garantie le premier mois si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties lors de la souscription (sauf accident).

Un délai de 3 mois est toujours appliqué sur tous les niveaux pour :

- les garanties Obsèques.

- le forfait maladies redoutées.

Un délai de 6 mois est toujours appliqué sur tous les niveaux pour les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse prises en charge par la S.S.

3 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par REPAM, ce avant le 31 décembre de leur 75^{ème} anniversaire pour les niveaux 04 S-05 S et 06 S. L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant le produit choisi.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en aurez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

- Un changement de profession ou d'activité professionnelle d'un bénéficiaire entraînant un changement de régime obligatoire.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances, nous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrons résilier au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances.

Sous réserve d'acceptation par l'Association des Assurés de Répam, **les garanties sont immédiatement viagères**, à l'exception des garanties indemnités obsèques et maladies redoutées qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65^è anniversaire.

Tous les membres de la famille de l'assuré doivent être affiliés, au même niveau.

4 : PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent du niveau que vous avez retenu et qui est précisé à votre certificat d'adhésion.

Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de base de remboursement ou de Responsabilité de la Sécurité Sociale française quelque soit le pays où ont été effectués les soins, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale en vigueur au 01/10/2011.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime Obligatoire sont revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, REPAM se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Conformément à la loi, le cumul des divers remboursements obtenus par un Adhérent (Régime Obligatoire, autre organisme, REPAM) ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription est de 2 ans pour le paiement des prestations, à partir de la date des soins. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

En hospitalisation médicale et chirurgicale, les honoraires sont limités à la garantie antérieure (sous déduction du R.O) les 6 premiers mois de l'adhésion (sauf garanties antérieures égales ou supérieures au produit choisi lors de la souscription).

Les remboursements prévus en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale (séjours et honoraires) ne peuvent excéder, dans tous les cas, 400 % du Tarif de Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O).

Hospitalisation – autres disciplines - maisons de repos et assimilés :

Les frais de séjour en soins de suite, maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, moyens séjours, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, établissements climatiques, diététiques, les cures avec hospitalisations (à l'exclusion de la thalassothérapie), les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse pris en charge par la S.S, sont garantis pour tous les produits, dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la S.S (sous déduction du R.O) et dans la limite de 60 jours maximum par maladie ou accident (sauf accident postérieur à l'adhésion), y compris le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.

Neuropsychiatrie, Psychiatrie et assimilés :

Les traitements de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit le produit choisi :

- Hospitalisation en établissement conventionné sur la base de 100 % de la Base de Remboursement (sous déduction du remboursement du R.O) et durant un maximum de 30 jours par an, y compris pour le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.

- Un maximum de 3 consultations par an et par bénéficiaire est garanti.

Les remboursements pour travaux dentaires et optiques sont garantis si les prescriptions médicales sont postérieures à la date d'effet de l'adhésion.

Les forfaits annuels et les limites de garantie s'entendent par année d'adhésion.

MONTANT DES GARANTIES

NIVEAU 01 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O).
- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 € /an.

Supplément chambre particulière :

- 100 % des Frais réels avec un maximum de 30 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, prothèses :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Montures, verres et lentilles acceptés par la Sécurité Sociale : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- 3^{ème} et suivantes : Montures, verres et lentilles acceptés et jetables ou refusés par la Sécurité Sociale : 50 € maximum

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R.O)

NIVEAU 02 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- Honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 €.

Lit d'accompagnement du conjoint :

- 10 € par jour (le conjoint doit figurer au contrat pour bénéficiaire de la garantie).

Supplément chambre particulière :

- 100 % avec un maximum de 50 €/jour pour les hôpitaux et cliniques conventionnés ou non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, Prothèses :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs, 60 % des frais réels avec un maximum de 60 € par an et par bénéficiaire et de

30 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Pharmacie prise en charge par la S.S :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S : 40 €

- Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés*: Maximum 150 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 70 €.

- 3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés*: Maximum 175 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 90 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 200 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 100 €.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R.O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

NIVEAU 03 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 300 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 € /an.

Lit d'accompagnement du conjoint :

- 10 € par jour (le conjoint doit figurer au contrat pour bénéficier de la garantie).

Supplément chambre particulière :

- 100 % des Frais réels avec un maximum de 70 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- 3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 275 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 165 €.
- Forfait traitement de la myopie au laser : 400 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

- 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 225 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 4^{ème} année et suivantes : 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 150 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 600 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 200 € les années suivantes.

Décès accident : 300 € (sont exclus les accidents médicaux : AVC, etc)

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

- 100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermique acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

NIVEAU 05 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).
- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 € /an.

Lit d'accompagnement du conjoint :

- 25 € par jour (le conjoint doit figurer au contrat pour bénéficier de la garantie).

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Ethioopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs, 90 % des frais réels avec un maximum de 200 € par an et par bénéficiaire et 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.) sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S: 70 €

Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 300 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 175 €.

- 3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 350 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 200 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 450 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

- 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 4^{ème} année et suivantes : 325 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 250 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 700 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 400 € les années suivantes.

Décès accident : 600 € (sont exclus les accidents médicaux : AVC, etc)

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

- 130 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermique acceptée par le R.O. : 150 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

NIVEAU 06 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).
- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs, 70 % des frais réels avec un maximum de 60 € par an et par bénéficiaire et de 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.) sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S : 50 €
- Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 200 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 100 €.

- 3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 225 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 110 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 300 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

- 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 4^{ème} année et suivantes : 225 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 125 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 500 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 000 € les années suivantes.

Décès accident : 300 €

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

- 100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermique acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

NIVEAU 04 S

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).
- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 € /an.

Lit d'accompagnement du conjoint :

- 15 € par jour (le conjoint doit figurer au contrat pour bénéficier de la garantie).

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, Prothèses :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs, 80 % des frais réels avec un maximum de 100 € par an et par bénéficiaire et de 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.) sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S : 60 €
- Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusés* : Maximum 250 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusés, incluse dans la garantie, est limitée à 150 €.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale) :

- Dans la limite de 5 € /Jour avec un maximum de 153 € /an.

Lit d'accompagnement du conjoint :

- 30 € par jour (le conjoint doit figurer au contrat pour bénéficier de la garantie).

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 250 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 250 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs; Chiropracteurs, 100 % des frais réels avec un maximum de 200 € par an et par bénéficiaire et de 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger (Hospitalisation uniquement) :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Bien être (forfait par an et par bénéficiaire) :

- Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S : 80 €

- Vaccins Anti grippe : 30 €

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 400 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 200 €.

- 3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 450 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 250 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 500 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 300 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 325 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 375 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 300 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 1 000 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 2 000 € les années suivantes.

Décès accident : 700 € (sont exclus les accidents médicaux : AVC, etc)

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004-200 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

-200 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 200 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

5 : COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à REPAM dans les trois mois qui suivent le paiement de la Sécurité Sociale ou la naissance d'un enfant :

- les décomptes originaux de la Sécurité Sociale pour les assurés sociaux et les TNS,
- les notes ou factures acquittées,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- une fiche d'état civil pour le forfait maternité ou obsèques,
- un bulletin de décès et un certificat post mortem pour l'indemnité d'obsèques.

En cas de règlement du ticket modérateur par l'assuré, vous devez nous joindre un reçu du paiement.

A défaut de justification de frais réels par notes d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif Base de Remboursement de la S.S.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en France et en Euros.

NOTA :

Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de Sécurité Sociale sur lesquels la Sécurité Sociale aura indiqué son message du type : "Nous avons directement la G.M.C. des prestations que nous vous avons remboursées."

Dans ce cas, les seuls justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires et d'optique : facture détaillée et/ou notification de refus émise par la Sécurité Sociale,
- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement,
- décès accident : les documents indiqués plus haut.

- Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un traitement manuel à condition de le spécifier par écrit à votre **Unité de Gestion** en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Cas des assureurs multiples :

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci refusait de se soumettre au contrôle de notre Médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

Expertises médicales :

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente assurance :

- **Les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire.**
- **Les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes, rixes ou meurtres.**

Sauf dispositions prévues à l'article 4 – plafonnement de certaines garanties - :

- **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico-pédagogiques et établissements similaires, les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les longs et moyens séjours.**
- **Les soins esthétiques. Les honoraires de chirurgiens esthétiques (sauf accident), la chirurgie volontaire, les cures de sommeil, d'amaigrissement, la thalassothérapie.**
- **Les frais de TV en cas d'hospitalisation en soins de suite, maison de repos, convalescence, réadaptions, rééducations, psychiatrie, longs et moyens séjours (avec ou sans complication) et toutes disciplines autres que médicales ou chirurgicales.**
- **Les hospitalisations connues ou en cours lors de l'adhésion ainsi que leurs suites et conséquences.**

7 : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 8.

MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'assuré(e) peut demander la modification de ses garanties. Ces changements de niveau se font au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve des limites d'âge d'accès au produit. En cas d'augmentation des garanties, les plafonds de 1^{ère} et 2^{ème} année de nouveau niveau sont applicables. Tout changement de niveau annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution des renforts fidélité.

8 : RESILIATION

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum. La date d'échéance principale est toujours au 1^{er} janvier de chaque année.

L'Adhérent peut être radié le 31 décembre de chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (art. L.113.8 ou L.113.9 du Code des Assurances),
- b) en cas de non-paiement des cotisations (art.L.113.3 du Code des Assurances),
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues : la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,

10 – SUBROGATION :

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

11 : GENERALITES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de LYON à la requête de la partie la plus diligente.

Les Convention auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par l'Association des Assurés de REPAM, dont le siège est au 65, Boulevard Vivier-Merle, 69003 LYON auprès de

A.M.I.S – AVIVA Assurances
(Assurances Multirisques Interprofessionnelles de la Santé)
RCS : Nanterre B 306 522 665
Siège social : 13 rue du moulin Bailly
92271 BOIS COLOMBES Cedex
sous les

N° 67329680 - 10 – NIVEAU 01 S

N° 67329680 - 11 – NIVEAU 02 S

N° 67329680 - 12 – NIVEAU 03 S

N° 67329680 - 13 – NIVEAU 04 S

N° 67329680 - 14 – NIVEAU 05 S

N° 67329680 - 15 – NIVEAU 06 S

d) dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,

e) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés de REPAM ou par les assureurs à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association des Assurés s'engage à en informer chaque Adhérent).

Il en est de même pour les bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion.

La résiliation, renonciation, radiation ou exclusion, entraîne pour l'assuré l'obligation de restituer la carte tiers payant, sous peine de poursuites

pénales et, pour ceux qui en bénéficient et les originaux de l'assurance individuelle scolaire.

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'articles L 112-9-1 du Code des assurances, 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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat 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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation. Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à REPAM selon modèle de lettre qui suit :

Je soussigné.....(nom, prénom) demeurant.....(adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance N°(inscrire le numéro) que j'ai souscrit le.....(date).

Date Signature du Souscripteur

9 : COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2013 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire). Au-delà, elle est fonction de l'âge à l'adhésion de l'adhérent, du produit choisi et de la consommation médicale des groupes assurés par la présente convention. Jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 2 % par an, de 3 % au-delà de cet âge. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat dans ses différents groupes, et des modifications de remboursement des régimes obligatoires.

La composition du groupe tient compte du produit, de l'âge (par différence de millésime), du régime obligatoire, du domicile et du point de vente.

A la cotisation prévue ci-dessus s'ajoute chaque année les frais d'échéance.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Adhérent, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

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

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France Métropolitaine).

A l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus et après un nouveau délai de 10 jours, REPAM résiliera de plein droit le contrat.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Adhérent n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues jusqu'au 31.12. de l'année en cours.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations :

La suspension de la garantie et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.