

# PRIMALISANTÉ

## Tableau des prestations

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

	O P T I O N S D E G A R A N T I E	
	ADHÉSION SANS Questionnaire de Santé	
EN HOSPITALISATION (Y compris en maternité)	OPTION A	OPTION B
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée, clinique non conventionnée agréée, hôpital public ou hôpital public secteur privé	100 %	100 %
Autres séjours	100 % maximum 30 jours (1)	100 % maximum 30 jours (1)
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Indemnité journalière supplémentaire avec franchise relative de 3 jours	Néant	8 €/jour maximum 30 jours (1)
Transport ambulance	100 %	100 %
DENTAIRE		
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires, Prothèse dentaire – Orthodontie	100 %	100 %
OPTIQUE		
Optique médicale : Verres et lentilles – Montures – Opération laser de la myopie	100 %	100 % + Complément de 50 € (1)
HORS HOSPITALISATION		
Consultations – Visites	100 %	100 %
Pharmacie	100 %	100 %
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100 %	100 %
Laboratoire – Radios	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux – Rééducation	100 %	100 %
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100 %	100 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %
AUTRES PRESTATIONS		
Cure thermale	100 %	100 %
Soins à l'étranger	100 %	100 %
Exonération et/ou remboursement de la cotisation	Néant	Garantie

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon la formule souscrite, les clauses et conditions du contrat.

Tous les pourcentages indiqués s'expriment sur la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets (participation forfaitaire, franchises médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci, de la participation forfaitaire et des franchises médicales".

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

(1) par année civile et par assuré.

# PRIMALISANTÉ

## Conditions Générales

### I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### ARTICLE 1 • OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est souscrit par l'Association, appelée ci-après l'Association, dont le siège social se trouve : 20, chemin des Sables – Boîte Postale N° 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX, auprès de AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou de AXA Assurance Vie Mutuelle – Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le Code des Assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 26, rue Drouot – 75009 PARIS appelées ci-après l'Assureur. Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. A cette échéance l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés. Ce contrat est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce contrat peut également être modifié par avenant; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L 141-4 du Code des Assurances.

L'Assuré, personne sur laquelle repose l'assurance, est également Adhérent au contrat sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion.

Il a pour objet de garantir, pour lui et sa famille assurée, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des Assurances. L'adhésion est composée du certificat d'adhésion et de la présente note d'information; celle-ci représente les garanties **PRIMALISANTÉ** et reprend les conditions générales du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative précité. L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des adhésions.

Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

#### ARTICLE 2 • CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles dans le cadre d'une adhésion familiale obligatoire et sous réserve d'acceptation par l'Association dans la garantie choisie, les Adhérents ayant :

- moins de 41 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- rempli et signé pour chaque membre de la famille, la demande d'adhésion précisant la garantie choisie,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés à l'Article 5 de la présente note d'information,
- souscrit pour l'ensemble de la famille la même garantie ou une garantie correspondant au régime obligatoire de chaque membre (une demande d'adhésion devra être utilisée pour chaque régime sollicité).

#### ARTICLE 3 • DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve des délais d'attente ci-après, pour chaque adhérent, à compter de la date indiquée sur son certificat d'adhésion, et sous réserve du paiement de la cotisation; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

##### ● PÉRIODES D'ATTENTE :

Toutes les options de garanties sont soumises à une période d'attente de 30 jours concernant l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjours, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport, Indemnité Journalière) sauf en cas d'accident ou de maladie infectieuse (telles que listées à l'Article 7 "DÉFINITIONS") survenu pendant la période d'attente.

Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ce délai est supprimé pour les Adhérents assurés auprès d'un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, un justificatif détaillé est demandé lors de la demande d'adhésion. Cette période d'attente est également applicable en cas de changement de formule avec augmentation des garanties et porte uniquement sur les améliorations données par la nouvelle formule.

##### ● CHANGEMENT DE FORMULES :

Les garanties varient selon les formules proposées, le détail figure au tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note. Toute diminution de garantie est possible au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat. Toute augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et n'est possible qu'au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat et en ce cas aucune diminution de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

#### ARTICLE 4 • DISPOSITIONS DIVERSES

##### ● TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES C.P.A.M., LA RAM ET LE GAMEX :

Les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Adhérent à l'Association. L'Adhérent peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

##### ● TIERS-PAYANT SANTÉ :

Sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de Tiers-payant Santé à condition que les dépenses de santé soient concernées par le Tiers-payant, que le professionnel de santé accepte également le Tiers-payant avec le régime obligatoire et que la garantie prévoit au minimum le ticket modérateur.

- Condition à respecter pour ces deux services : le bénéfice de ces services est lié à la transmission de la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

##### ● BNC & BIC :

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente note d'information par les Travailleurs Non Salariés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable" (voir définition Article 7),
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du C.G.I.).

#### ARTICLE 5 • COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs sont compris dans le tarif mensuel par assuré à hauteur de 0,30€ pour les personnes de moins de 21 ans et 1,50€ pour les personnes de 21 ans et plus). En cas de paiement tardif et partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent.

En cas d'adhésion en cours de période la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Les cotisations évoluent par année civile à partir de 21 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Association peut, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la

# PRIMALISANTÉ

## Conditions Générales – Suite 1

garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre, résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des Assurances) La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours.

En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

Les cotisations sont périodiquement révisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année :

- En fonction des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé.
- Suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.
- Suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.

Par ailleurs, les cotisations peuvent également être réajustées à une date différente de celle de l'échéance principale du 1<sup>er</sup> janvier ; dans ce cas, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée, dans les 30 jours suivant la date où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prend alors effet à la fin du mois suivant l'expédition de la lettre recommandée.

### ARTICLE 6 • RENOUELEMENT - RÉSILIATION

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum, elle se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale, fixée au 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction.

Son éventuelle résiliation doit être faite, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de deux mois, à l'issue de la première année d'assurance et ensuite à chaque échéance principale (1<sup>er</sup> janvier) dans les mêmes formes et délais. Elle peut avoir lieu à une autre date dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances. La résiliation du fait de l'Adhérent ne peut être acceptée que dans la mesure où il est à jour de l'ensemble de ses cotisations.

En cas de défaut d'une seule échéance de règlement, s'appliquent les dispositions prévues par le Code des Assurances.

### ARTICLE 7 • DÉFINITIONS

#### ● ACCIDENT :

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

#### ● FAMILLE :

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.

#### ● HOSPITALISATION :

Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans une clinique ou un hôpital public ou privé, en vue d'y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors de l'établissement concerné.

#### ● MALADIE :

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

#### ● MALADIES INFECTIEUSES :

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

#### ● BASE DE REMBOURSEMENT :

Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application de la nomenclature CCAM ou NGAP comme référence pour le calcul du remboursement.

#### ● TICKET MODÉRATEUR :

Différence entre d'une part la base de remboursement du régime obligatoire, et d'autre part, le remboursement effectué par celui-ci, la participation forfaitaire, les franchises médicales et pour les contrats responsables la majoration de participation.

#### ● NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) :

Répertoire établi par le régime obligatoire sous forme de « Lettre clé ».

#### ● CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) :

Norme de classification des actes techniques médicaux (se substituant à la NGAP pour certains actes).

#### ● FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Forfait journalier hospitalier prévu par la Loi du 19 janvier 1983 et laissé par le régime obligatoire à la charge des assurés.

#### ● PARTICIPATION FORFAITAIRE :

Retenue à la source effectuée par le régime obligatoire et portant sur les consultations, les actes réalisés par un médecin, les actes de radiologie et les actes de biologie (telle que définie par l'Article 20 de la Loi du 13 août 2004).

#### ● ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS :

- Actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- Actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

Majoration de participation et dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des prestations et les garanties souscrites.

#### ● CONTRAT RESPONSABLE :

L'adhésion respecte les exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

En conséquence,

- elle prévoit les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions,
- elle ne rembourse pas la minoration du remboursement du régime obligatoire, la participation forfaitaire, les franchises médicales et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins,
- elle prend en charge deux prestations de prévention inscrites sur la liste fixée par l'Arrêté du 8 juin 2006.

#### ● CONTRAT NON RESPONSABLE :

L'adhésion ne répond pas à tout ou partie des exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

#### ● HOSPITALISATION À DOMICILE :

Remboursement en complément du régime obligatoire pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, dans la limite prévue au tableau des prestations.

#### ● FRANCHISE RELATIVE DE 3 JOURS :

C'est le délai minimum d'hospitalisation pour que l'Indemnité soit allouée.

# PRIMALISANTÉ

## Conditions Générales – Fin

### II - GARANTIES

#### ARTICLE 8 • PRESTATIONS - REMBOURSEMENTS - EXCLUSIONS - LIMITATIONS DE GARANTIE

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans la limite des frais réellement engagés. Le tableau des prestations détaille le montant des remboursements selon les garanties souscrites ; certains remboursements sont régis par les dispositions suivantes :

##### ● PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION :

L'Adhérent conserve le libre choix de l'établissement hospitalier et peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association dans la limite de 100 % de la base de remboursement (déduction faite du remboursement du régime obligatoire) et du Forfait Journalier Hospitalier aux conditions prévues par le contrat. La prise en charge ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée.

##### ● AUTRES SÉJOURS :

Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, maisons de repos, séjours spécialisés de rééducation, de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de diététique et établissements similaires : la garantie est toujours limitée à 30 jours par année civile et par assuré.

##### ● FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Remboursé dans la limite des garanties prévues et précisées au tableau des prestations sur présentation de la facture acquittée pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale, ou directement à l'établissement si prise en charge préalable (voir également la rubrique « prise en charge hospitalisation »). Pour les séjours en maison de repos, de rééducation, de convalescence et autres établissements similaires ainsi que pour les séjours neuro-psychiatriques, gériatriques et diététiques, le remboursement est limité à 30 jours par année civile et par assuré.

##### ● INDEMNITÉ JOURNALIÈRE (SI PRÉVUE DANS LA GARANTIE SOUSCRITE) :

Le versement de cette indemnité sera effectué sur présentation du bulletin de l'Établissement Hospitalier précisant la durée exacte du séjour (date d'entrée, date de sortie).

##### ● OPTIQUE :

Le versement du montant complémentaire prévu au tableau des prestations couvre également les lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ainsi que l'opération de la myopie par laser sur prescription médicale et facture acquittée.

##### ● ACCIDENTS :

Les remboursements complémentaires interviennent dans les limites prévues au tableau des prestations et dans les présentes conditions en cas d'accident. Si celui-ci est causé par un tiers la déclaration doit en être faite à l'Association. Notre participation, telle que prévue au tableau des prestations, se fait dans ce cas, en complément des autres organismes et dans la limite des frais réels.

##### ● SUBROGATION :

L'Assureur qui a payé une indemnité au titre des frais de santé se substitue à l'Adhérent ou à ses ayants droit dans leurs droits et actions de recours contre tout responsable conformément à l'Article L 121-12 du Code des Assurances et jusqu'à concurrence de cette indemnité.

##### ● EXONÉRATION DE LA COTISATION (SI PRÉVUE DANS LA GARANTIE SOUSCRITE) :

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu, sur la demande de l'Adhérent<sup>(1)</sup>, en cas d'hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives, de lui-même ou de son conjoint inscrit (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile).

Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débuter dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

<sup>(1)</sup> L'Association fera parvenir à l'Adhérent un « certificat médical de constatation initiale » celui-ci devra être complété par le médecin traitant et retourné au centre de gestion à l'attention du médecin-conseil, accompagné du bulletin de situation du centre hospitalier et de la déclaration d'accident.

##### ● EXCLUSIONS DIVERSES :

Sont exclus de tout remboursement :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus dans le tableau des prestations en annexe, la chirurgie et les soins esthétiques, les séjours en centres hospitaliers dits de moyens et longs séjours ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes, les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication, les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires, les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.
- conformément au Code des Assurances les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome.
- la participation forfaitaire,
- les franchises médicales,

Sont par ailleurs exclus si le contrat est "Responsable" en cas de non-respect du parcours de soins, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets, soit :

- la majoration de participation,
- les dépassements d'honoraires.

##### ● EXPERTISES – JUSTIFICATIFS :

L'Association pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

#### ARTICLE 9 • TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

Ces documents justificatifs devront être traduits si nécessaire et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. Les modalités en sont précisées sur le tableau des prestations "soins à l'étranger".

#### ARTICLE 10 • PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux années à partir de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions prévues par le Code des Assurances.

#### ARTICLE 11 • RÉCLAMATIONS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ASAF/AFPS – Service Réclamations – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient adressés au Service Qualité Relation Clientèle de l'assureur. Si le désaccord subsiste, ce Service vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre.

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