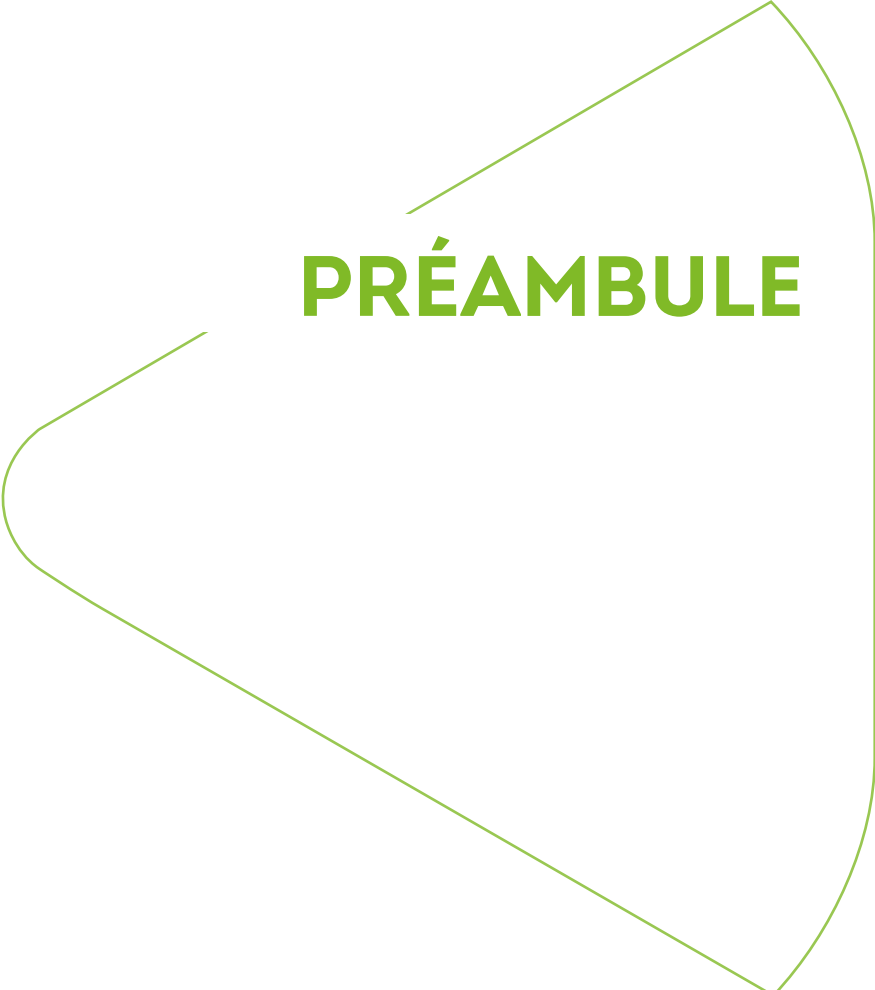


COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MODULÉO

Conditions générales
2026-06/1

SOMMAIRE

Préambule	4
Les termes utilisés dans votre contrat	5
Les dispositions générales du contrat	12
L'objet du contrat.....	13
La formation du contrat.....	13
ARTICLE 1 : Qui peut souscrire la garantie ?.....	13
ARTICLE 2 : Qui peut bénéficier de la garantie	13
ARTICLE 3 : Quelles sont les formalités d'adhésion.....	13
ARTICLE 4 : À partir de quand êtes-vous assuré ?	14
La vie du contrat.....	15
ARTICLE 5 : Quelle est sa durée ?	15
ARTICLE 6 : Quelles modifications ou aggravations du risque devez-vous nous déclarer en cours du contrat ?	15
ARTICLE 7 : Quelles sont les conséquences des modifications ou aggravations des risques ?	15
ARTICLE 8 : Les modifications du contrat.....	15
ARTICLE 9 : Que faire en cas de changement de situation ?	16
La cotisation.....	16
ARTICLE 10 : Comment est déterminée votre cotisation ?	16
ARTICLE 11 : Comment évolue la cotisation annuelle ?	16
ARTICLE 12 : Comment et quand régler vos cotisations ?	17
ARTICLE 13 : Vous êtes travailleur non salarié.....	17
ARTICLE 14 : Qu'arrive-t-il si vous ne payez pas vos cotisations ?	17
ARTICLE 15 : Le compte sociétaire	17
ARTICLE 16 : Rappel de cotisation et/ou ristourne	18
La fin du contrat	18
ARTICLE 17 : Quand et comment pouvons-nous résilier votre contrat ?	18
ARTICLE 18 : Quand et comment pouvez-vous résilier votre contrat ?	18
ARTICLE 19 : Résiliation de plein droit.....	19
ARTICLE 20 : Que deviennent les cotisations en cas de résiliation ?	19
ARTICLE 21 : Conséquences de la résiliation sur les prestations	20
Les prestations	20
ARTICLE 22 : Le versement des prestations	20
ARTICLE 23 : Les postes de remboursement de la garantie.....	21
ARTICLE 24 : Les services inclus dans votre garantie.....	26
Les dispositions diverses	27
ARTICLE 25 : Confidentialité des informations	28
ARTICLE 26 : Subrogation	28
ARTICLE 27 : Fraude ou tentative de fraude	28
ARTICLE 28 : Protection des données personnelles	28
ARTICLE 29 : Prescription	29
ARTICLE 30 : L'étendue géographique du contrat	30
ARTICLE 31 : L'examen des réclamations.....	30
ARTICLE 32 : Cumul d'assurance.....	31



PRÉAMBULE

PRÉAMBULE

VOUS AVEZ CHOISI LA MAPA.

Nous vous remercions de votre confiance.

Ce contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constitué :

- des Conditions Générales qui définissent le cadre de nos rapports ;
- des Conditions Particulières qui précisent les personnes assurées et les options souscrites dans le cadre des Conditions Générales ;
- et de l'annexe qui précise montants et garanties.

Ce contrat est régi par le Code des Assurances, sous réserve, s'il est souscrit dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des dispositions impératives, plus favorables à l'assuré, de la législation locale en vigueur dans ces départements.

Le souscripteur et ses bénéficiaires font l'objet d'un seul et même contrat.

Adhésion aux statuts

Nous sommes une Mutuelle d'Assurance.

L'acceptation de votre risque implique l'adhésion à nos Statuts.

Les conditions d'adhésion sont décidées par le Conseil d'Administration et contenues dans les Statuts dont un exemplaire vous est remis lors de la souscription et reste consultable sur le site internet de la MAPA : <https://www.mapa-assurances.fr>

Autorité de contrôle

La MAPA est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE
RÉSOLUTION
4 place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09



LES TERMES UTILISÉS DANS VOTRE CONTRAT

LES TERMES UTILISÉS DANS VOTRE CONTRAT

100 % Santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % Santé » ou « à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement, pour lesquels les professionnels de santé fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % Santé ».

Les professionnels concernés sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Accident

Toute atteinte corporelle provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'assuré qui en est victime.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Assuré ou Bénéficiaire

Toute personne désignée aux Conditions Particulières.

Assureur

La MAPA, Mutuelle d'Assurance, auprès de laquelle le contrat est souscrit, et désignée par « nous » aux Conditions Générales.

Automédication

Acte de se soigner sans l'intermédiaire d'un médecin avec des médicaments délivrés sans ordonnance.

Auxiliaires médicaux

Ce sont les professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire.

Base de remboursement (BR)

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) ou Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) 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. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat « responsable et solidaire »

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de «solidaire» lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens médicaux remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (hormis quelques exceptions) ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100 % Santé » pour les lunettes, certains actes dentaires, les aides auditives et le matériel médical, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100 % Santé.

Elle peut prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux ;
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements pour les lunettes et pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Centre de convalescence

Un centre de convalescence est une institution médicalisée destinée à la récupération des patients après une hospitalisation. Il peut être un établissement privé ou public conventionné ou non.

Centre de rééducation

Un centre de rééducation est un établissement de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Il peut être un établissement privé ou public conventionné ou non.

Cotisation

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou l'assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé.

Cure thermique

Séjour dans un établissement thermal conventionné. Les cures thermales sont remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Dépassement d'honoraires

C'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO (contrats « responsables »).

Devis médical

Le devis médical est un document remis par le professionnel de santé, présentant les soins ou équipements proposés et leur prix.

Il peut être communiqué à une assurance maladie complémentaire, préalablement à tout soin, afin d'obtenir une estimation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM/ OPTAM-ACO)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires.

En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée en anesthésie, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale, de gynécologie obstétrique ou d'anesthésie-réanimation.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

Par ailleurs, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO que ceux d'un médecin non adhérent. Un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est également introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la participation forfaitaire du patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Son montant est fixé par les pouvoirs publics et n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes médicaux pratiqués dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds ».

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Frais de séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour.

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas), le ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'Assurance Maladie Complémentaire.

Frais pharmaceutiques

Médicaments ou accessoires prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien.

L'orthopédie et les petits appareillages sont considérés comme produits pharmaceutiques.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État (AME), femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement), jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste désigné par le patient auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met si besoin en relation avec d'autres professionnels de santé.

Médecines alternatives

Pratiques thérapeutiques qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégorie correspondants à différents niveaux de prises en charge :

- 100 % : pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % : pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30 % : pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré ;
- 15 % : pour les médicaments à service médical rendu faible.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

L'Assurance Maladie Complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale (« Automédication »).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Les nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les biens médicaux (appareillages...) hors médicaments, il s'agit de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de Groupes Homogènes de Séjours (GHS) ;

Les actes non-inscrits à la nomenclature (dit « hors nomenclature » ou HN) peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire.

Noémie

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire.

C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

Parcours de soins coordonnés

Parcours que doivent suivre les patients pour être pris en charge médicalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les assurés et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Même si elle n'a pas consulté son médecin traitant, une personne est considérée comme étant dans le parcours de soins, si elle se trouve dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant.

On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Participation forfaitaire

Cette participation forfaitaire est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).
- La participation forfaitaire n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Prestations santé

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou assuré par l'Assurance Maladie Complémentaire en application de son contrat frais de santé.

Prévention

Actions mises en œuvre pour éviter l'apparition ou l'aggravation de certaines maladies.

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont des personnes physiques pouvant prescrire ou exécuter des prestations de santé. Ils sont identifiés par un numéro FINESS ou un numéro RPPS.

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont des regroupements de professionnels de santé ou de services partenaires de la MAPA, dont le but est de favoriser l'accès à des soins de qualité, à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de sa complémentaire santé.

Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'Assurance Maladie Complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Revalorisation

Réévaluation des cotisations et des montants de garanties décidée chaque année par le Conseil d'Administration.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient comme, par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées.

Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale d'État.

Souscripteur ou sociétaire

Personne signataire du contrat agissant tant pour elle-même que pour le compte du ou des assurés et désignée par « vous » aux Conditions Générales.

Subrogation

Opération par laquelle l'assureur est substitué dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu au versement des indemnités au profit de l'assuré et à concurrence de leur montant.

Tarif d'autorité / Tarif de convention

Voir définition « Base de remboursement ».

Télétransmissions

Dispositif mis en place entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie pour optimiser la transmission des informations en vue d'un remboursement automatisé et plus rapide de vos frais de santé.

Ticket Modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire avant déduction de la participation forfaitaire ou d'une franchise médicale.

Tiers payant

Ce service évite au patient de faire l'avance de tout ou partie des frais auprès des professionnels de santé. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits.

Le pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant si l'assuré refuse les médicaments génériques.

Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, l'adhérent ou assuré ne peut pas en bénéficier.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

- ▶ **L'objet du contrat**
- ▶ **La formation du contrat**
- ▶ **La vie du contrat**
- ▶ **La cotisation**
- ▶ **La fin du contrat**

L'OBJET DU CONTRAT

Le contrat garantit le remboursement d'une partie ou de la totalité des dépenses de soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers entrant dans la catégorie de ceux pris en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des risques maladie, maternité, accidents.

Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire français et sur la base de ce dernier.

La garantie Complémentaire santé est solidaire et responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Elle respecte donc le cahier des charges défini aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

LA FORMATION DU CONTRAT

Article 1 : Qui peut souscrire la garantie ?

- Les personnes affiliées à un Régime Obligatoire de Protection Sociale français.
- L'âge limite pour l'adhésion est fixé à 75 ans. Votre âge est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet de votre contrat et votre année de naissance moins une année.

Article 2 : Qui peut bénéficier de la garantie ?

Définition des ayants droit

Les membres de votre famille peuvent bénéficier de la garantie en qualité d'ayant droit. Il s'agit de :

- toutes les personnes considérées par le Régime Obligatoire comme étant à votre charge au sens du Code de la Sécurité sociale (conjoint, enfant...) ;
- votre conjoint assuré social et les personnes considérées par le Régime Obligatoire comme étant à la charge de ce dernier au sens du code de la Sécurité sociale ;
- vos enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, qui justifient de la poursuite d'études : étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année ou, dans le cas contraire, que la rémunération versée par l'employeur ou l'école ne dépasse pas 50 % du SMIC ;
- vos enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975.

Article 3 : Quelles sont les formalités d'adhésion ?

L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'adhésion précisant la combinaison des modules et niveaux souscrite et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés au titre du contrat ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une copie de l'attestation de droits du Régime Obligatoire de chacun des assurés ;
- en cas de paiement de cotisation par prélèvement, vous devez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

Votre contrat se compose d'une association de modules et de niveaux de garantie. Les modules Soins courants et Optique/Dentaire/Audioprothèses sont obligatoires, les modules Bien-être et Confort sont facultatifs.

Tous les membres d'une même famille s'inscrivent sur la même adhésion. Ils bénéficient de la même garantie (module et niveaux). Néanmoins, il est possible de souscrire des niveaux de garantie différents pour les enfants de ceux retenus pour les parents. En tout état de cause, tous les enfants d'une même famille doivent obligatoirement bénéficier de la même combinaison.

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi du contrat. Vous recevrez également une carte de tiers payant qui prouve votre adhésion à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

Article 4 : À partir de quand êtes-vous assuré ?

Les garanties accordées par le contrat et les modifications de contrat prévues par avenant s'appliquent, à la date d'effet convenue entre les parties et figurant sur les Conditions Particulières.

Dispositions particulières relatives à la fourniture à distance d'opérations d'assurance et à la souscription par voie de démarchage

Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition qu'il n'y ait pas plus d'une année entre les deux contrats,
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur, en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, et ce sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante : MAPA, Mutuelle d'Assurance, 1 rue Anatole Contré, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.

« Je, soussigné [NOM-PRÉNOM], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter] Signature [souscripteur] ».

A cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x 365 / nombre de jours garantis.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur, avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, 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, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

A cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

MAPA, Mutuelle d'Assurance, 1 rue Anatole Contré, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.

« Je, soussigné [NOM-PRÉNOM], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter] Signature [souscripteur] ».

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur 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 résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

LA VIE DU CONTRAT

Article 5 : Quelle est sa durée ?

Celle indiquée aux Conditions Particulières. Le contrat est souscrit pour une durée d'un an.

La première année, il est conclu pour la période comprise entre la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières et le 31 décembre.

Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année le 1er janvier, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 19.

Article 6 : Quelles modifications ou aggravations du risque devez-vous nous déclarer en cours du contrat ?

Vous devez nous déclarer :

- tout changement de profession ou de statut professionnel,
- tout changement de Régime Obligatoire,
- tout changement de domicile.

L'Assuré s'engage à déclarer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, dans un délai maximum de 15 jours à partir du moment où il en a connaissance, toutes modifications qui auraient pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveau.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à la MAPA, nous pouvons, conformément à l'article L113-2 du code des Assurances, invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues.

Article 7 : Quelles sont les conséquences des modifications ou aggravations des risques ?

En cas de modification ou d'aggravation des risques définis à l'article 6, nous pouvons accepter cette modification ou aggravation des risques et proposer un contrat et/ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré.

Si l'Assuré ne donne pas suite à cette proposition ou la refuse dans un délai de 30 jours, nous pourrions résilier le contrat.

Article 8 : Les modifications du contrat

Toute modification de garantie ne peut intervenir qu'après un délai de 12 mois d'adhésion. Durant la vie du contrat, toute nouvelle demande pourra intervenir au minimum 12 mois après la précédente.

Vous pouvez nous demander l'augmentation ou la diminution d'une garantie.

Cette modification est assujettie aux mêmes formalités que celles exigées lors de la souscription du contrat. Aucune modification ne peut être à effet rétroactif.

Dans ce cas, nous vous proposons un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque, dans les mêmes conditions que celles évoquées à l'article 2.

Article 9 : Que faire en cas de changement de situation ?

A. Changement de profession

Vous devez nous signaler tout changement de profession ou statut professionnel (étudiant, salarié, travailleur non salarié, retraité).

Nous avons la possibilité de vous proposer un avenant au contrat avec une cotisation conforme au nouveau risque déclaré.

Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier le contrat.

B. Ajout ou suppression d'un bénéficiaire

Si vous souhaitez qu'un nouvel ayant-droit bénéficie de votre contrat, il vous suffit de nous en faire la demande.

En cas d'ajout d'un nouveau-né, la garantie Frais de santé est acquise dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les 3 mois suivant sa naissance (ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer).

Si vous souhaitez au contraire qu'un ayant droit ne bénéficie plus de votre contrat, vous devez nous en faire la demande par écrit. Cette demande prendra effet un mois après sa réception par l'Assureur.

Dans ces cas, un avenant au contrat vous sera remis avec les nouvelles conditions.

C. Décès

En cas de décès d'un des bénéficiaires qui n'est pas le Souscripteur, le contrat continue à produire ses effets avec les bénéficiaires « restants ». Un avenant vous sera remis avec les nouvelles conditions.

D. Sort des cotisations

Nous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie entre la date de l'avenant et l'échéance du 31 décembre. Nous retenons les sommes pouvant être dues sur le Compte Sociétaire.

LA COTISATION

Article 10 : Comment est déterminée votre cotisation ?

La cotisation annuelle correspond toujours à un exercice basé sur l'année civile.

Lorsqu'il y a assurance au cours de l'année civile, nous appelons la cotisation correspondant à la période garantie, de la date d'assurance au 31 décembre, augmentée des frais fixes.

De même, lorsqu'il y a résiliation au cours de l'année civile, sauf résiliation pour non-paiement, nous vous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie, de la date de résiliation au 31 décembre, déduction faite des frais fixes, ou nous la portons au crédit de votre Compte Sociétaire.

Toutefois, lorsqu'il y a assurance temporaire :

- soit par assurance de date à date au cours d'une même année civile,
- soit par assurance et résiliation au cours d'une même année civile, nous pouvons appeler un minimum de cotisation calculé sur la base d'un barème d'assurance temporaire.

Comment est fixée la cotisation annuelle ?

D'après vos déclarations et en fonction :

- de l'âge de chaque assuré,
- de son Régime Obligatoire,
- de son domicile,
- des garanties souscrites.

Article 11 : Comment évolue la cotisation annuelle ?

- À chaque échéance, par décision du Conseil d'Administration, en fonction des résultats techniques.
- À l'échéance annuelle qui précède le passage de l'Assuré dans une tranche d'âge supérieure. La cotisation devient alors celle correspondant à la nouvelle classe d'âge.
- Dès qu'il y a changement de Régime Obligatoire.

Indépendamment de ces trois dispositions, la cotisation peut être ajustée :

- chaque fois que les garanties exprimées en euros sont revalorisées ;
- par décision du Conseil d'Administration, en cas de modification dans la législation ou la réglementation des Régimes Obligatoires quand cette modification change la nature et l'importance de nos engagements.

Article 12 : Comment et quand régler vos cotisations ?

Dans les 10 jours suivant l'échéance du 1^{er} janvier, vous devez effectuer le règlement des cotisations appelées par avis d'échéance commun à tous les contrats souscrits.

En cas de paiement fractionné, chaque fraction doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. Le paiement fractionné peut entraîner un supplément de cotisation calculé en pourcentage sur les cotisations appelées.

Les cotisations ou portions de cotisations augmentées des impôts et taxes sur les contrats d'assurance sont payables en euros à notre Siège Social.

Article 13 : Vous êtes travailleur non salarié

Les garanties Frais de Santé entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11 février 1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

En tant que :

- professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du code général des impôts,

vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable des cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'association désignée sur la demande d'adhésion.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre assurance.

Nous vous adressons une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

Article 14 : Qu'arrive-t-il si vous ne payez pas vos cotisations ?

Si vous ne respectez pas les modalités de paiement des cotisations qui ont été fixées lors de l'adhésion ou chaque année à l'échéance, nous pouvons 10 jours après l'échéance vous adresser une lettre recommandée valant Mise en Demeure et Résiliation pour non-paiement.

La suspension de vos contrats intervient 30 jours après la date d'envoi de cette mise en demeure si vous n'avez toujours pas payé, puis la résiliation est automatique 10 jours après la date de suspension.

La totalité de la cotisation annuelle reste due, quel que soit le mode de paiement choisi.

Si vous réglez après la date de suspension mais avant la date de résiliation, le contrat est automatiquement remis en vigueur le lendemain à midi de la réception de votre paiement.

Si vous réglez après la notification de la résiliation, le contrat ne pourra plus être remis en vigueur et il faudra souscrire un nouveau contrat auprès de votre agence MAPA.

Dans ce dernier cas, il y a deux situations possibles, en plus de la prime due :

- Soit la cotisation annuelle de votre nouveau contrat est supérieure à la cotisation annuelle de votre ancien contrat, dans ce cas, il vous sera demandé seulement la différence entre les deux cotisations, proratisée à partir de la date d'effet du nouveau contrat ;
- Soit la cotisation annuelle de votre nouveau contrat est inférieure à la cotisation annuelle de votre ancien contrat, dans ce cas, nous conservons la cotisation annuelle de votre ancien contrat pour l'année en cours.

Par ailleurs, la MAPA sera en droit de demander au Client l'ensemble des frais de contentieux liés au recouvrement de sa créance auprès de son organisme de recouvrement s'il souscrit un nouveau contrat auprès de la MAPA.

Aucune prestation n'est accordée pour les frais de santé survenant pendant la période de suspension du contrat, et cela même si vous acquittez ultérieurement de la cotisation impayée.

Article 15 : Le compte sociétaire

Ce compte regroupe les cotisations de tous les contrats souscrits (notamment Automobile, Multirisques habitation et commerce, Prévoyance, Navigation de plaisance...) et les différents mouvements comptables intervenus durant l'année, ainsi que, éventuellement, les cotisations non encore réglées de l'année précédente.

Le droit d'adhésion perçu une fois pour toutes à la souscription du premier contrat figure au Compte Sociétaire.

Les modalités de règlement sont définies lors de l'adhésion ou chaque année à l'échéance.

Article 16 : Rappel de cotisation et/ou ristourne

Rappel

Si la cotisation appelée au titre d'un exercice est insuffisante pour assurer l'équilibre des comptes, en raison d'un excédent de sinistres ou de frais, le Conseil d'administration peut décider de faire un rappel de cotisation à tous les sociétaires dont les contrats étaient en cours pendant cet exercice, même si, depuis, ces contrats ont été résiliés ou ont cessé de s'appliquer pour quelque cause que ce soit.

La décision du conseil d'administration peut être prise à tout moment. Les rappels ne peuvent intervenir que dans un délai maximum de 2 ans après la clôture de l'exercice concerné.

Le maximum de cotisation pour un exercice donné ne peut être supérieur à 2 fois le montant de la cotisation appelée pour l'exercice en cause.

Ristourne

Sur proposition du Conseil d'Administration, les excédents de recettes d'un exercice, après constitution des réserves prescrites par les lois et règlements en vigueur, peuvent faire l'objet d'une « ristourne » décidée par l'Assemblée Générale qui en fixe également les modalités de répartition.

LA FIN DU CONTRAT

Article 17 : Quand et comment pouvons-nous résilier votre contrat ?

En cas de non-paiement des cotisations, 10 jours après la suspension du contrat qui intervient un mois après l'envoi de la mise en demeure, par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré lors de la souscription ou durant la vie du contrat, nous pouvons, conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité du contrat.

- Les cotisations déjà réglées nous restent acquises ;
- Nous pourrions demander le remboursement des frais médicaux que nous vous avons réglés.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de l'Assuré, sans intention de tromperie, nous pouvons, conformément à l'article L113-9 du Code des assurances :

- Soit résilier le contrat, auquel cas la résiliation sera effective 10 jours après la date d'envoi de notre lettre recommandée. Dans ce cas, nous rembourserons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie ;
- Soit proposer un nouveau contrat ou un nouveau montant de cotisation conforme au risque réel.

En cas de modification ou d'aggravation du risque tels que définis à l'article 6. La résiliation intervient dans les formes et conditions prévues à l'article 7.

Si la constatation d'une omission ou d'une déclaration inexacte a lieu après sinistre, l'indemnité due au titre du sinistre est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 18 : Quand et comment pouvez-vous résilier votre contrat ?

Chaque année au 31 décembre¹, si le contrat a été souscrit depuis au moins un an, moyennant un préavis de deux mois.

La date d'envoi de la notification de résiliation par l'assuré, telle qu'attestée par le cachet de la poste, est la date à prendre en compte pour apprécier le respect du délai de préavis imposé.

Pour les contrats individuels couvrant les personnes physiques en dehors de leur activité professionnelle, nous devons vous informer 15 jours avant le 31 octobre que vous pouvez résilier le contrat à l'échéance du 31 décembre moyennant un préavis de deux mois.

À défaut de cette information, nous devons vous signaler avec l'avis d'échéance que vous pouvez dénoncer la reconduction dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis. C'est le cachet de la Poste qui figure sur notre envoi qui est pris en compte.

Dans ce cas, la résiliation prend effet :

- au 31 décembre si votre lettre de dénonciation nous parvient avant cette date.
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste de votre lettre recommandée de dénonciation si celle-ci nous est adressée après le 31 décembre.

Si nous ne vous informons pas de cette possibilité, vous pouvez résilier le contrat à tout moment de l'année, sans pénalité. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste de votre lettre de résiliation.

Dans tous les cas de résiliation après l'échéance, vous devrez payer la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été assuré.

À tout moment, à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat, sans frais ni pénalités.

La demande de résiliation doit être adressée à la MAPA selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'assuré :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou à l'une de nos agences contre récépissé ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par MAPA.

Lorsque survient l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
- changement de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle, contrat groupe employeur obligatoire

lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La demande doit être formulée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Elle prend effet 30 jours après l'envoi de votre demande.

Pour la conformité : Art L 113-16 du code des assurances
En cas de majoration de la cotisation, hors changement de tranche d'âge, dans les 15 jours qui suivent l'échéance du 1er janvier.
La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.

Si nous avons résilié un autre de vos contrats pour sinistre.

Votre demande doit être faite dans le délai d'un mois à compter de la lettre vous informant de la résiliation de l'autre contrat.

La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.

Forme de la résiliation

- soit par lettre recommandée,
- soit par une déclaration au Siège ou à l'une de nos agences contre récépissé.

Dans tous les cas, nous confirmons par écrit la réception de la demande de résiliation du souscripteur.

Article 19 : Résiliation de plein droit

En cas de retrait total de notre agrément (cessation d'activité imposée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles), la résiliation prendra effet le 40e jour à midi à compter de la publication au Journal Officiel de l'arrêté portant retrait.

En cas de décès du Souscripteur, la résiliation du contrat prendra effet le jour du décès.

Pour les bénéficiaires « restants », une nouvelle souscription sera réalisée et la qualité de Souscripteur sera transférée à votre conjoint ou à défaut à l'un des assurés majeurs.

Article 20 : Que deviennent les cotisations en cas de résiliation ?

La fraction de cotisation correspondant à la période non garantie est créditée sur votre Compte Sociétaire ou remboursée.

Le remboursement ne sera effectué qu'après déduction des sommes pouvant être dues sur le Compte Sociétaire.

En cas de résiliation pour non-paiement ou de nullité de contrat, cette fraction de cotisation peut également rester acquise à la Société à titre d'indemnité.

Article 21 : Conséquences de la résiliation sur les prestations

Les prestations éventuelles en cours sont supprimées à la date d'effet de la résiliation.

La demande de résiliation entraîne la cessation des prestations prévues par les garanties souscrites y compris de tous les services associés.

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la MAPA. Il en va de même pour toutes les facturations de frais médicaux ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de la résiliation, l'assuré s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à restituer immédiatement les attestations de tiers payant et ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à ne plus utiliser sa ou ses cartes de tiers payant et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services dont il bénéficiait grâce à son contrat santé.

LES PRESTATIONS

Le détail de vos garanties est mentionné sur vos Conditions Particulières.

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par nous selon l'évolution de la réglementation.

Article 22 : Le versement des prestations

Les principes de remboursement suivants s'appliquent au versement des prestations complémentaires.

Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire français et sur la base de ce dernier.

- Les remboursements cumulés des Régimes Obligatoires et complémentaires ne peuvent en aucun cas excéder le montant des frais que vous avez engagés.
- Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet ou après la date de résiliation du contrat.

Dans le respect de la législation sur les contrats responsables, nous ne prenons pas en charge :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- les franchises forfaitaires mentionnées au III de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;
- Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont limités au ticket modérateur.

En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons vous demander la traduction des documents utiles au remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge.

Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du Régime obligatoire et sur la base de ce dernier.

Si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, vous vous exposez à être déchu de tout droit à indemnisation.

La preuve du caractère frauduleux incombe à l'assureur. MAPA est fondée à recourir les sommes indûment versées et à agir en justice pour obtenir réparation de son préjudice.

Si le remboursement réalisé conduit à un dépassement du

montant réel des dépenses ou bien est opéré en dehors de la période de garantie, vous êtes dans l'obligation de rembourser à MAPA le trop-perçu.

Quels que soient les actes concernés, ne sont jamais garanties les demandes de prestations qui nous sont présentées deux ans après la date de l'événement garanti ou du règlement de la Caisse Obligatoire.

Article 23 : Les postes de remboursement de la garantie

Les tableaux ci-après détaillent les différents postes de soins.

Les prestations sont accordées selon la formule souscrite et dans la limite des frais engagés.

Hospitalisation

Nous garantissons un remboursement pour :

- l'hospitalisation à domicile,
- et tous les séjours dans les établissements agréés et conventionnés ou non par la Sécurité Sociale française.

Nous prenons en charge :

- les honoraires des praticiens et les actes techniques réalisés en milieu hospitalier ;
- les frais de séjour ;
- la participation forfaitaire appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- la chambre particulière (ce remboursement forfaitaire est limité à 60 jours par année civile pour les séjours en maison de repos ou de convalescence, à 90 jours par année civile pour les séjours en service psychiatrique et à 180 jours par année civile pour les séjours en service de rééducation et de réadaptation fonctionnelles) ;
- la chambre ambulatoire ;
- les frais de location de télévision dans la limite de 30 jours par hospitalisation. Ce remboursement intervient sous condition d'une durée minimum selon le caractère programmé ou non du séjour (hors centre de convalescence, soins de suite, rééducation, maison de repos ;
- le lit d'accompagnant pour le parent accompagnateur d'un enfant de moins de 16 ans (hors frais de repas) ;
- le lit d'accompagnant pour l'accompagnateur d'un assuré de 60 ans et plus dans la limite de 7 jours par année civile (hors frais de repas)
- l'aide à la conception « fécondation in vitro »

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime Obligatoire.

Avant toute hospitalisation, le service des admissions doit nous demander un accord de prise en charge.

Après la sortie, en cas de frais engagés, vous devez nous adresser la facture détaillée et acquittée, délivrée par l'établissement

Soins courants

Sous réserve des garanties et du niveau de prestations souscrit :

Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention pour :

- les consultations et visites de généralistes,
- les consultations et visites de spécialistes,
- les actes techniques réalisés en cabinet médical,
- les consultations et soins externes en milieu hospitalier ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- l'imagerie médicale ;
- les auxiliaires médicaux,
- les consultations psychologues dans la limite prévue par le dispositif « Mon soutien psy » ;
- les transports médicaux ;
- les médicaments.

Nous garantissons un remboursement en pourcentage du Tarif de Convention et/ou en forfait par année civile pour les accessoires et appareillages.

Nous garantissons un remboursement en pourcentage du Tarif d'Autorité dans les autres cas.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- le décompte de votre assurance maladie obligatoire sauf si vous bénéficiez de la télétransmission ou en cas de tiers-payant,
- la facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins en cas d'avance de frais

Optique, dentaire, aides auditives

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention ou en forfait par année civile.

Avant d'engager les soins, nous vous conseillons le recueil d'un devis établi par le professionnel de santé à nous transmettre pour obtenir l'estimation de votre remboursement.

En optique :

- un équipement pris en charge par l'Assurance Maladie, constitué d'une monture et de deux verres avec un remboursement variant selon la correction (simple, complexe ou hyper complexe),
- les suppléments pour verres adultes et enfants (adaptation, appairage, prisme, filtre) pris en charge par l'assurance maladie,
- les lentilles de contact, remboursées ou non par l'Assurance Maladie,
- la chirurgie réfractive de l'œil non prise en charge par l'Assurance Maladie.

Dans le respect de la réglementation du contrat responsable, le nombre d'équipement pris en charge par assuré est limité à un tous les 2 ans à compter de la date de délivrance.

Ce délai est ramené à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le renouvellement anticipé est possible s'il est justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée dans l'article 1 de l'arrêté du 03/12/2018.

Le « bonus réseau » : remboursement bonifié lorsque l'équipement est délivré par un professionnel partenaire du Réseau Santéclair.

Le « bonus réseau majoré optique adulte » : remboursement majoré au terme de 3 années civiles d'ancienneté du contrat frais de santé si :

- aucune consommation au poste optique sur les 3 années civiles précédentes,
- équipement délivré par un professionnel partenaire du Réseau Santéclair.

Pour tous les niveaux, la prise en charge des équipements 100% Santé est intégrale et plafonnée aux prix limites de vente :

- les lunettes (2 verres + 1 monture) définies réglementairement ;
- la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre.

Il est impossible de cumuler le forfait d'un équipement du panier libre et le remboursement d'un équipement 100 % santé.

Pour tous les niveaux, la prise en charge des équipements du panier libre respecte la réglementation en vigueur du contrat responsable, imposant des plafonds de remboursement sur la monture et les verres.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- le décompte de votre assurance maladie sauf si vous bénéficiez de la télétransmission ou en cas de tiers-payant,
- la facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins (mentionnant les codes LPP) accompagnée de l'ordonnance de l'ophtalmologiste,
- l'ordonnance du précédent équipement si renouvellement en cas d'évolution de la vue.

En dentaire :

- les soins dentaires et actes chirurgicaux pris en charge par l'assurance maladie,
- les couronnes ou inter de bridge remboursés ou non par l'assurance maladie,
- les couronnes provisoires remboursées ou non par l'assurance maladie,
- les appareils amovibles remboursés par l'assurance maladie,
- les inlay onlay remboursés par l'assurance maladie,
- les autres prothèses et actes dentaires remboursés par l'assurance maladie (y compris les inlay-core),
- l'implantologie non remboursée par l'assurance maladie,
- la parodontologie non remboursée par l'assurance maladie,
- l'orthodontie remboursée ou non par l'assurance maladie.

Les actes NR (non remboursables) » seront pris en charge (selon le niveau de garantie) uniquement s'ils sont référencés dans la Classification Commune des Actes Médicaux (nomenclature CCAM).

Le « bonus fidélité » : selon le niveau de garantie souscrit, le remboursement de l'ensemble des actes dentaires indiqués ci-dessus est plafonné à un montant en euros durant les 2 premières années civiles du contrat. Lorsque ce plafond est atteint et pendant cette période, seul le ticket modérateur sera remboursé pour les actes du panier libre pris en charge par l'assurance maladie, ainsi que les actes du panier 100% santé.

Le « bonus réseau » : remboursement bonifié sur les couronnes / inter de bridge et sur les appareils amovibles si les soins sont réalisés par un praticien partenaire du Réseau Santéclair.

Le « bonus majoré » : le remboursement de l'implantologie et la parodontologie est majoré si :

- le contrat a au moins deux années civiles d'ancienneté ;
- aucune consommation sur ces postes pendant les 2 années civiles précédant les soins.

La prise en charge des soins et prothèses 100 % Santé est intégrale et plafonnée aux honoraires limites de facturation définis réglementairement selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- le décompte de votre assurance maladie sauf si vous bénéficiez de la télétransmission ou en cas de tiers-payant,
- la facture acquittée et détaillée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins (mentionnant le(s) code(s) acte(s) CCAM et le(s) numéro(s) de(s) dent(s)).

En aides auditives :

- les prothèses auditives prises en charge par l'assurance maladie.

Dans le respect de la réglementation du contrat responsable, le nombre d'équipement pris en charge par assuré est limité à un tous les 4 ans à compter de la date de délivrance, indépendamment pour chaque oreille. Le renouvellement anticipé est possible s'il est justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée dans l'article R165-24 du Code de la Sécurité Sociale.

Le « bonus réseau » : remboursement bonifié lorsque l'équipement est délivré par un professionnel partenaire du Réseau Santéclair.

La prise en charge des équipements 100% Santé est intégrale et plafonnée aux prix limites de vente des équipements définis réglementairement.

La prise en charge des équipements du panier libre respecte la réglementation en vigueur du contrat responsable, imposant des plafonds de remboursement.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- le décompte de votre assurance maladie sauf si vous bénéficiez de la télétransmission ou en cas de tiers-payant,
- la facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins (mentionnant les codes LPP)

Cure thermique

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement en forfait par année civile pour :

- les actes et soins réalisés pendant la cure thermique,
- les frais de transport et d'hébergement.

Votre forfait annuel intervient aussi bien en remboursement du ticket modérateur pour les soins dispensés pendant la cure que pour les frais de transport et d'hébergement.

Le remboursement se limitera à la dépense engagée.

Dans le cas d'une colocation et/ou de covoiturage, le règlement des frais d'hébergement et de transport sera réparti en fonction du nombre de bénéficiaires.

Nous ne garantissons pas les cures thermales non prises en charge par l'assurance maladie et les frais de transport et d'hébergement associés.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- le décompte de votre assurance maladie sauf si vous bénéficiez de la télétransmission
- la facture des frais d'hébergement au nom du bénéficiaire (location, hôtel),
- la facture des frais de transport (train, bus, avion),
- une attestation sur l'honneur pour les frais kilométriques précisant le lieu de départ et d'arrivée avec les jours concernés : nous interviendrons à hauteur de 0,20 € / km sur la distance domicile / cure.

Maternité

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement forfaitaire pour :

- la naissance d'un enfant ;
- l'adoption d'un enfant jusqu'à 18 ans.

En cas de naissance multiple, nous versons autant de forfaits que d'enfants.

Ce forfait est versé au(x) parent(s) bénéficiaire(s) d'un contrat frais de santé à la MAPA.

Justificatif à produire pour le versement du :

- l'acte de naissance ou le certificat d'adoption

Médecines alternatives

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement pour l'ensemble des disciplines énumérées dans le tableau des garanties :

- en forfait par consultation
- limité à un nombre de consultations par année civile

Justificatif à produire pour toute demande de remboursement :

- facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins sur laquelle figurent son cachet ainsi que son n° FINESS et/ou n° ADELI et/ou n° RPPS et/ou SIRET.

Pédicurie

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile pour les soins de pédicurie.

Justificatif à produire pour toute demande de remboursement :

- facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins sur laquelle figurent son cachet ainsi que son n° FINESS et/ou n° ADELI et/ou n° RPPS et/ou SIRET.

Prévention

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile pour l'ensemble des actes ci-dessous, dès lors qu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie :

- la consultation diététique si elle est réalisée par un diététicien titulaire d'un diplôme d'état ou d'un diplôme agréé par le ministère de la santé,
- l'ostéodensitométrie,
- le sevrage tabagique (patchs, gommes à mâcher, inhaleurs,
- les vaccins (antigrippe, hépatite A, hépatite A et B, fièvre jaune)
- l'Activité Physique Adaptée (APA) uniquement pour les séances prescrites par un médecin et effectuées par un professionnel diplômé de la licence STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, mention Activités Physiques Adaptées).

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- Consultation diététique : facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins sur laquelle figure le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS et/ou SIRET du professionnel de santé.
- facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins pour les vaccins, le sevrage tabagique et l'ostéodensitométrie,
- facture acquittée établie par le coach APA (sur laquelle figure le numéro SIRET) au nom du bénéficiaire des soins, accompagnée de la prescription médicale.

Actes non remboursés

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré pour l'ensemble des actes ci-dessous :

- la consultation psychologue pour les enfants de moins de 18 ans,
- la consultation psychomotricien pour les enfants de moins de 18 ans,
- la pharmacie et les accessoires prescrits non remboursés par l'assurance maladie, y compris la contraception
- le cone-beam (radio pré-implantaire),
- l'automédication (selon la liste des médicaments remboursables à ce poste).

La liste des produits pris en charge au titre de l'automédication peut évoluer en fonction de la réglementation, du retrait ou de la commercialisation de nouveaux produits.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement :

- pharmacie et accessoires prescrits non remboursés : facture acquittée et détaillée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins, accompagnée de la prescription médicale ;
- autres actes : facture acquittée et détaillée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins sur laquelle le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS et/ou SIRET du professionnel de santé est indiqué.

Pour les assurés de 60 ans et plus ayant souscrit un module « Confort »

Sous réserve du niveau de prestations souscrit, nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré pour l'ensemble des actes ci-dessous :

- accessoires basse vision (loupes, téléagrandisseurs),
- implantologie, parodontologie,
- aides auditives sur équipement à prix libre, en complément du module Optique, dentaire, aides auditives.

Justificatifs à produire pour toute demande de remboursement

- pour les accessoires basse vision : la facture acquittée et détaillée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins,
- pour l'implantologie et la parodontologie : la facture acquittée et détaillée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins (mentionnant le(s) code(s) acte(s) CCAM et le(s) numéro(s) de(s) dent(s)),
- pour les aides auditives : le décompte de votre assurance maladie sauf si vous bénéficiez de la télétransmission ou en cas de tiers-payant, et/ou la facture acquittée établie par le professionnel de santé au nom du bénéficiaire des soins (mentionnant les codes LPP).

Article 24 : Les services inclus dans votre garantie

La télétransmission de vos soins

La MAPA propose la télétransmission avec votre caisse de Régime Obligatoire pour un remboursement rapide et automatisé de vos soins.

Vous avez confirmation que la télétransmission a bien été effectuée en consultant les mentions portées sur vos décomptes de Régime Obligatoire ou bien sur votre compte Améli.

En l'absence de télétransmission, vous devez adresser vos décomptes de Régime Obligatoire accompagnés, le cas échéant, des pièces justificatives nécessaires.

Le Tiers-Payant

Après réception de votre attestation de Régime Obligatoire, nous vous délivrons une attestation de tiers-payant nominative précisant les actes pouvant bénéficier de la dispense d'avance de frais.

L'Espace Personnel

Depuis le site internet de la MAPA, vous pouvez accéder à votre espace personnel.

Celui-ci vous permet :

- de déposer vos demandes de remboursement frais de santé et vos devis médicaux ;
- de consulter vos remboursements frais de santé ;
- de télécharger vos relevés de soins ;
- de visualiser vos garanties ;
- d'accéder à la plateforme MySantéclair.

SANTÉCLAIR

La MAPA vous fait bénéficier des services Santéclair, pour vous accompagner au mieux dans votre parcours de soins en proposant :

- des tarifs négociés et le tiers-payant notamment sur les domaines Optique, dentaire et aides auditives,
- un service d'analyse des devis médicaux pour connaître votre reste à charge,
- l'accès à la plateforme MySantéclair mettant à disposition de nombreux services tels que la téléconsultation, des programmes d'accompagnement, l'annuaire des professionnels de santé appartenant au Réseau et d'autres avantages.

Assistance

La MAPA met à la disposition de chaque assuré, une garantie d'assistance mise en œuvre par Inter Mutuelles Assistance (IMA).

L'assuré couvert en Frais de santé peut bénéficier, pour lui-même et ses ayants droit assurés, des services d'assistance à domicile déployés par IMA.

Cette garantie est détaillée dans la « Notice d'information Relais Santé » jointe aux présentes Conditions Générales.

Noé Santé

À l'occasion d'une hospitalisation, la MAPA propose le service Noé Santé pour organiser votre retour à domicile et coordonner l'ensemble de vos besoins pendant 21 jours (professionnels de santé et paramédicaux, assistance à domicile).



LES DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 : Confidentialité des informations

Si, à l'occasion de la souscription du contrat ou lors du remboursement, nous sommes amenés à recueillir ou à traiter des informations en rapport avec votre état de santé, ces données seront gardées confidentielles.

Article 26 : Subrogation

Conformément aux dispositions de l'Article L. 131-2 du Code des assurances, L'organisme assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables.

Si vous êtes victime d'un accident causé par un tiers, la loi nous autorise à récupérer auprès de ce dernier les indemnités qui vous ont été versées au titre des garanties Frais de Santé.

Ce droit ne vous empêche pas de faire valoir les vôtres pour obtenir réparation des autres préjudices ou dommages subis, non indemnisés par nous.

Si du fait de l'assuré, la subrogation ne peut plus s'effectuer en notre faveur, nous sommes déchargés de nos obligations dans la mesure où elle aurait pu s'exercer.

Article 27 : Fraude ou tentative de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernées.

Ne sont pas visées les situations d'inexactitude, d'omission ou de réticence.

Article 28 : Protection des données personnelles

Les données recueillies vous concernant sont collectées et traitées par la MAPA, dont le siège social est situé 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d'Angély, qui intervient en qualité de responsable de traitement, ainsi que sous contrôle de son Délégué à la protection des données.

Vos données personnelles sont utilisées pour répondre à plusieurs finalités et sur différents fondements juridiques.

Certains traitements sont tout d'abord nécessaires au respect d'obligations légales, imposées notamment par le Code des assurances ou le Code monétaire et financier. Vos données sont ainsi utilisées à des fins d'identification de la clientèle, de respect de la réglementation en matière de devoir de conseil, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude et la corruption, de réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

MAPA utilise également vos données personnelles sur le fondement juridique de l'exécution des contrats ou pour des mesures précontractuelles prises à votre demande. Vos données sont ainsi utilisées pour la détermination de vos besoins ; l'appréciation du risque ; la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat ; l'exercice des recours ; la gestion des réclamations et des contentieux.

MAPA utilise aussi vos données dans le cadre de ses intérêts légitimes pour réaliser des opérations de prospection commerciale et développement commercial; d'amélioration de la qualité de service (sondages et enquêtes de satisfaction) ; d'évaluation et formation des collaborateurs ; de conduite d'activités de recherche et développement ; de mise en place d'actions de prévention ; de préservation des intérêts mutualistes et de la réglementation (statistiques et études actuarielles, organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle).

MAPA utilise par ailleurs vos données sur le fondement juridique de l'exécution des contrats et de ses intérêts légitimes pour l'entraînement et l'exploitation de modèles d'intelligence d'artificielle.

Enfin, certains traitements reposent sur votre consentement donné à des fins spécifiques.

Les données que nous traitons peuvent provenir de diverses sources. Certaines sont collectées directement auprès de vous (appel téléphonique, rendez-vous, depuis nos sites internet et applications mobiles, ...), et d'autres auprès des personnes avec lesquelles nous échangeons dans le respect de la réglementation applicable. Les données peuvent provenir également de sources accessibles au public ou que vous avez rendues publiques.

Les destinataires de vos données sont : les personnels de la MAPA, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs, organismes professionnels, s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, experts, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou profilage pour, par exemple, évaluer les risques et établir des tarifs.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat, à la mise en œuvre des garanties et à la gestion de notre relation commerciale. Une fois cette période achevée, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous disposez de différents droits sur vos données personnelles :

- un droit d'accès vous permettant de prendre connaissance des informations dont nous disposons vous concernant et des traitements qui en sont faits ;
- un droit de rectification si une information est obsolète ou erronée ;
- un droit d'effacement, par exemple quand les données ne sont plus nécessaires au regard de la finalité du traitement ainsi que le droit de donner des directives sur le sort de vos données après votre décès ;
- un droit de limitation temporaire du traitement des données, qui ne seront alors que conservées mais ne pourront plus être traitées ;
- un droit d'opposition : au traitement de vos données, à leur utilisation dans un cadre de prospection commerciale, au profilage ;
- un droit à la portabilité vous permettant de récupérer vos données dans un format structuré afin de les transférer ou de les faire transférer directement à un autre responsable de traitement ;
- lorsque le traitement des données est soumis à un consentement, le droit de le retirer à tout moment.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez adresser votre demande à MAPA - Département Qualité - 1, rue Anatole-Contré - BP 60037 - 17411 SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX.

Après avoir fait une demande, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez vous adresser à la CNIL : sur le site www.cnil.fr, ou par courrier à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Un justificatif d'identité doit être joint à la demande.

Conformément aux dispositions du Code de la Consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

Dans ce cas, la MAPA ne pourra pas les démarcher par téléphone sauf s'ils ont communiqué leur n° de téléphone afin d'être recontactés ou s'ils sont titulaires d'un contrat en vigueur auprès de la Mutuelle.

www.mapa-assurances.fr

Article 29 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de la date des soins qui y donnent naissance dans les conditions prévues aux articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des Assurances.

Ce délai est toutefois porté à 10 ans lorsque les bénéficiaires de l'indemnité sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

Par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil) ;
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
 - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;
- ou par une cause d'interruption prévue à l'article L 114-2 du Code des assurances :
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
 - notre envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un recommandé électronique à votre attention, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
 - votre envoi ou celui de votre ayant-droit d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un recommandé électronique à notre intention en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption.

ARTICLE 30 : L'étendue géographique du contrat

Garanties	France métropolitaine Monaco DROM - COM	Union européenne	Monde entier : séjours inférieurs à 12 mois exclusivement
Complémentaire Santé	oui	oui	oui

MAPA intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Les frais engagés hors de France sont pris en charge par le contrat sous réserve que l'assuré relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et que ces soins aient été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.

Le remboursement de MAPA intervient alors dans la limite des garanties souscrites et dans les conditions suivantes :

Pour les frais médicaux comportant une participation du régime obligatoire et réalisés lors d'un séjour dans un pays de l'Espace Economique Européen (EEE) :

- Si l'assuré a utilisé la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) et bénéficié de la dispense d'avance des frais sur la part du régime obligatoire, sur présentation de l'original de la facture détaillée, traduite en français le cas échéant.
- Sinon, sur présentation du décompte du régime obligatoire français ou étranger, ainsi que de l'original de la facture détaillée traduits en français le cas échéant.

Pour les frais médicaux comportant une participation du régime obligatoire et réalisés lors d'un séjour dans un pays en dehors de l'EEE :

- Sur présentation du décompte du régime obligatoire français ou étranger, ainsi que de l'original de la facture détaillée traduits en français le cas échéant. Pour être remboursés, ces soins doivent être en rapport avec un événement survenu de façon imprévue.

Pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément garantis par le contrat et réalisés lors d'un séjour dans un pays de l'EEE ou en dehors de l'EEE : le remboursement se fait à partir de l'original de la facture détaillée traduite en français le cas échéant.

La facture détaillée doit mentionner les actes dispensés, le montant de la dépense engagée et la part de la dépense laissée à la charge de l'assuré.

Article 31 : L'examen des réclamations

Si vous êtes mécontent·e d'un produit ou d'un service MAPA ou si vous souhaitez exprimer une réclamation, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Contacter votre interlocuteur habituel, c'est-à-dire selon le cas votre agence, votre conseiller commercial, ou le gestionnaire sinistre qui a traité votre dossier. Il pourra :
 - Échanger avec vous sur les causes de votre insatisfaction ;
 - Mettre en œuvre les actions nécessaires pour y remédier.

S'il n'est pas en mesure de vous apporter une réponse, ou si vous n'obtenez pas entière satisfaction, il vous indiquera les étapes suivantes pour le traitement de votre réclamation.

- Utiliser le formulaire de contact de notre site www.mapa-assurances.fr et choisir l'item « réclamation » afin de communiquer votre mécontentement en ligne.

Votre mécontentement sera automatiquement orienté vers la personne en mesure de vous apporter une réponse.

- OU contacter notre Département Qualité :
 - par mail à l'adresse bal.qualite@mapa-assurances.fr;
 - si vous n'en avez pas la possibilité, par courrier à l'adresse suivante : MAPA- Département Qualité - 1 rue Anatole Contré - BP 60037 - 17411 Saint- Jean -d'Angély Cedex.

Vous recevrez un accusé de réception de votre réclamation écrite sous 10 jours ouvrables à compter de son envoi, sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous apporter une réponse écrite à cette réclamation dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Si votre mécontentement persiste, vous pourrez contacter La Médiation de L'Assurance :

- En vous rendant sur son site : <https://www.mediation-assurance.org/>
- Si vous n'en avez pas la possibilité, par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Attention cette démarche nécessite :

- Que vous ayez reçu une réponse écrite précisant qu'il s'agit de notre position définitive suite à votre réclamation.

OU

- Que votre réclamation écrite nous ait été transmise depuis plus de 2 mois.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance. Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Si vous souhaitez plus d'informations sur les moyens mis en œuvre pour apporter une réponse à votre réclamation, rendez-vous sur l'espace « Mécontentement-Réclamation » de notre site www.mapa-assurances.fr.

Dans le cas où vous avez souscrit plusieurs assurances couvrant le même risque, vous pouvez obtenir le remboursement des frais engagés en vous adressant à l'organisme de votre choix.

En cas de pluralité d'organisme, et en cas de reste à charge, vous devrez justifier des remboursements déjà réalisés par le ou les autres assureurs complémentaire santé.

Article 32 : Cumul d'assurance

En application de l'article L121-4 du code des assurances, si vous êtes assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, vous devez nous faire connaître le nom de l'autre assureur et la somme assurée.

Si les assurances souscrites le sont de façon dolosive ou frauduleuse, vous vous exposez à la nullité de votre contrat et au paiement de dommages et intérêts.

S'il n'y a pas de fraude, chaque assurance produit ses effets : vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix, mais vous ne pourrez pas percevoir une indemnité supérieure au montant du préjudice subi.

