

# NOTICE D'INFORMATION SUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTE SOUSCRITES PAR L'ASSOCIATION REGIMES MEDICAUX ASSOCIATIFS

**1 - PREAMBULE** - L'Association «Régimes Médicaux Associatifs» a souscrit un contrat collectif à adhésion individuelle ouvert à ses adhérents. Ce contrat est garanti par Prado Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la Mutualité R.N.M N° 353 208 010, dont le siège social est situé 485 avenue du Prado - 13008 MARSEILLE. Les dispositions de la présente notice, complétée par une annexe détaillant les prestations servies, définissent les garanties «frais de santé» assurées et régissent les relations entre le membre participant et la Mutuelle.

## 2 – Définitions utiles

**Adhérent** : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui souscrit auprès d'elle une adhésion, en paie les cotisations et acquiert ou fait acquérir vocation aux avantages assurés par l'Association.

**Membre participant** : Personne physique qui a demandé son adhésion à la Mutuelle par la souscription d'un Bulletin d'Adhésion. Cette personne doit être assujettie à un Régime Obligatoire.

**Ayant droit** : Toutes les personnes (conjoint, concubin, enfants mineurs légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, partenaire lié au membre participant par un PACS) ayants droit du membre participant au titre de son Régime Obligatoire et inscrites comme telles sur la carte d'affiliation au dit régime.

Ces personnes profitent systématiquement et obligatoirement des mêmes avantages que le membre participant dès son adhésion. Les ayants droit n'ont pas la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Les enfants majeurs poursuivant soit des cycles d'études soit un cycle de préapprentissage, peuvent sous certaines conditions et justificatifs (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage) être considérés comme ayants droit jusqu'à 25 ans.

Les enfants majeurs, de moins de 25 ans, demandeurs d'emploi non indemnisés ou jeunes sans ressource, s'ils sont à la charge de leurs parents au sens du régime obligatoire, peuvent être considérés comme ayants droit.

**Age de l'adhérent** : On entend par âge de l'adhérent la différence de millésime entre l'année de la date d'effet de l'adhésion et l'année de naissance de la personne garantie.

**Régime Obligatoire** : Régime légal de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le membre participant. Il est précisé sur le bulletin d'adhésion (Régime Général de la Sécurité Sociale, Régime des Salariés Agricoles (MSA), Régime des Exploitants Agricoles (AMEXA), Régime obligatoire des Travailleurs Non Salariés ou tous autres régimes spéciaux français entrant dans le cadre de la territorialité des garanties).

**Tarif de responsabilité** : Tarif servant de base au remboursement du régime obligatoire et appelé aussi TARIF DE CONVENTION, dans le cas des praticiens et Etablissements conventionnés et TARIF D'AUTORITE dans le cas des praticiens et Etablissements non conventionnés.

**Ticket modérateur** : Fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire. Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur le Tarif de Convention.

## 3 – Objet de l'adhésion

Remboursements des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le membre participant et ses ayants droit, dans la limite des garanties souscrites.

## 4 – Conditions d'adhésion

### 4.1 – Garanties

Chaque adhérent doit lors de la demande d'adhésion être âgé de moins de :

- **61 ans pour les garanties LUNE, TERRE, MER, SOLEIL, CLUB 200 et DIAMANT.**

- **71 ans pour les garanties CLUB 125 et RUBIS**

- **76 ans pour les garanties SP/300, SP/301, SP/321, SP/336, SP/351, HOSPI.**  
- **Sans limite d'âge pour les garanties CLUB 100, SAPHIR et EMERAUDE.**

### 4.2 – Renforts

Chaque adhérent doit lors de la demande d'adhésion être âgé de moins de :

- **61 ans les renforts associés à la garantie CLUB 200.**

- **71 ans les renforts associés à la garantie CLUB 125.**

- **76 ans les renforts associés aux garanties SP/301, SP/321, SP/336, SP/351.**

### 5 – Prise d'effet de l'adhésion

Chaque adhérent doit compléter et signer un bulletin d'adhésion par lequel il donne son consentement à la couverture du risque et déclare en outre le Régime Obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et de ses enfants fiscalement à charge et sa profession.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion à la condition qu'un acompte ait été versé, elle prend effet :

5.1 Si le bulletin d'adhésion est signé entre le 1er et le 15 : le 1<sup>er</sup> du mois en cours

5.2 Si le bulletin d'adhésion est signé entre le 15 et le dernier jour du mois : le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

**Dans tous les cas, l'adhésion n'est effective qu'après délivrance d'un certificat d'adhésion valant confirmation de l'adhésion lequel précise le nom des personnes assurées, les différentes garanties souscrites et la date d'effet de l'adhésion.**

### 6 – Durée de l'adhésion

L'adhésion d'un membre participant ou d'un ayant droit est conclue pour une durée minimum d'un an à partir de la date d'effet de la prise de garantie.

La première période se termine au 30 juin de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d'année en année, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations.

Le membre participant peut démissionner par lettre recommandée deux mois avant la date de renouvellement, c'est à dire au plus tard le 30 avril de chaque année.

Les demandes de remboursement des actes médicaux antérieurs à la date de démission doivent parvenir à l'Association dans les 90 jours qui suivent la date de ladite démission.

De ce fait, la démission ne dispense pas du paiement des cotisations jusqu'à l'échéance anniversaire suivante et les cotisations payées d'avance sont acquises à la Mutuelle quel que soit le motif de la démission.

### 7 – Délais d'attente

Tout nouvel adhérent ou adhérent qui désire augmenter ses garanties est régi par les règles suivantes :

1<sup>ère</sup> formule : toutes les garanties et renforts sauf LUNE, SP/300, SP/301, CLUB 100 et SAPHIR.

Pas de délai d'attente pour les Prestations suivantes à hauteur du

BA SP. PMA. - 06/2006

GROUPE ASSUREMA SAS

ASSUREMA . SANTE  
ASSUREMA . MAISON  
ASSUREMA . VOITURE  
ASSUREMA . VIE  
ASSUREMA . RETRAITE

Et vos soucis s'envolent



## 12. B – Changement de garantie

Toute modification du contrat ne peut intervenir qu'après 12 mois d'adhésion, et à condition que le membre participant en ait fait la demande écrite au moins deux mois avant l'échéance anniversaire qui est le 1er juillet.

Ces modifications peuvent porter notamment sur :

- une augmentation de garanties,
- une diminution de garanties,
- une suppression d'un ayant droit (sauf décès, naissance ou cas de force majeure),
- un changement de fractionnement de paiement de la cotisation,

Ces modifications sont régies par les mêmes règles que celles s'appliquant aux nouvelles adhésions.

## 13 - Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

## 14 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre un tiers responsable que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétiques et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

## 15 - Cotisations

### 15.A - La base de calcul

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion.

La cotisation évolue chaque année contractuellement à la date anniversaire du contrat de :

- 2% chaque année jusqu'à l'âge de 60 ans
- 2,5% chaque année de 61 à 70 ans
- 3% chaque année à partir de 71 ans.

A ces taux s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe garanti.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année, sur décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, au 1er juillet.

En cas de changement important dans les tarifs, taux ou modalités de remboursement de la Sécurité Sociale, la Mutuelle se réserve le droit d'augmenter ses cotisations en cours d'année.

### 15. B - Le paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les frais en vigueur, sont payables annuellement et d'avance au 15 juin de l'année pour l'année suivante au siège social de l'Association.

Selon la périodicité demandée par l'adhérent et acceptée par l'Association, les cotisations peuvent être payées semestriellement au 15 décembre et au 15 juin, trimestriellement au 15 décembre, 15 mars, 15 juin et 15 septembre ou mensuellement moyennant éventuellement des frais de fractionnement et d'encaissement correspondants.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels.

Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

**En cas de rejet du prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.**

### 15. C - Le défaut de paiement

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (Article L. 221-8 du Code de la Mutualité).

En cas de radiation, démission, exclusion, ce délai est de 90 jours à compter de la date de fin de votre adhésion.

## 16 – Juridictions compétentes

L'Association fait élection de domicile auprès du Tribunal de Grande Instance de Carpentras; la Mutuelle, du Tribunal de Grande Instance de Marseille.

## 17 - Modalité de renonciation

Conformément au Code de la Consommation (Articles L.121-21 à L.121-26), le **contractant démarché** a la faculté de renoncer à sa souscription dans les **sept jours**, jours fériés compris, à compter de la date de souscription, par **lettre recommandée avec accusé de réception**, adressée à Régimes Médicaux Associatifs. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou jours déjéré ou chômé, il est prorogé au prochain jour ouvrable suivant.

Le contractant démarché pourra exercer son droit de renonciation en utilisant le **formulaire détaché destiné à cet effet** (voir au dos du bulletin d'adhésion).

De surcroît, le contractant pourra renoncer s'il a connaissance de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (refus ou limitation de garantie, changement tarifaire).

## 18- Organisme de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance, située 54, Rue de Châteaudun - 75436 PARIS CEDEX 09

## 19 – Informatique et libertés

Conformément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978, le membre participant et ses ayants droit peuvent obtenir à tout moment communication et, le cas échéant, rectification des informations détenues à leur nom par l'Association, des Mutuelles, des Réassureurs ou des organismes professionnels concernés, en s'adressant à l'Association.

## 20 – Délégation de gestion

Prado Mutuelle délègue la gestion de ce contrat à ASSUREMA, SAS au capital social de 500.000 € située ZA La Tapy- BP 27 – 84170 MONTEUX.

