

|  |                  |
|--|------------------|
| PREAMBULE .....  | 2                |
| DEFINITIONS .....  | 2                |
| <b><u>1. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION ET DECLARATIONS .....</u></b>                  | <b><u>4</u></b>  |
| ARTICLE 1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION .....                                       | 4                |
| ARTICLE 2 – DECLARATIONS DE L'ADHERENT* .....                                      | 4                |
| <b><u>2. DESCRIPTION DES GARANTIES .....</u></b>                                   | <b><u>4</u></b>  |
| ARTICLE 3 – PLAFONDS DE GARANTIES .....  | 4                |
| ARTICLE 4 – GARANTIES DU CONTRAT « CALLYS SANTE » .....                            | 5                |
| ARTICLE 5 – SERVICES DU CONTRAT « CALLYS SANTE » .....                             | 6                |
| ARTICLE 6 – SUBROGATION .....  | 6                |
| ARTICLE 7 – LIMITES ET EXCLUSIONS .....  | 6                |
| <b><u>3. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT .....</u></b>                                   | <b><u>8</u></b>  |
| ARTICLE 8 – PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT .....                                | 8                |
| ARTICLE 9 – RENONCIATION – RESILIATION – RADIATION - CESSATION DES GARANTIES ..... | 8                |
| ARTICLE 10 – CESSATION DES GARANTIES .....   | 8                |
| <b><u>4. COTISATIONS .....</u></b>   | <b><u>9</u></b>  |
| ARTICLE 11 – PAIEMENT DES COTISATIONS .....  | 9                |
| ARTICLE 12 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS .....                                    | 9                |
| ARTICLE 13 – AJUSTEMENT ET REVISION DES COTISATIONS .....                          | 9                |
| <b><u>5. VERSEMENT DES PRESTATIONS* .....</u></b>                                  | <b><u>10</u></b> |
| ARTICLE 14 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS* .....                        | 10               |
| <b><u>6. GENERALITES .....</u></b>   | <b><u>10</u></b> |
| ARTICLE 15 – SECOURS EXCEPTIONNELS .....   | 10               |
| ARTICLE 16 – INFORMATIQUE ET LIBERTES .....  | 10               |
| ARTICLE 17 – AUTORITE DE CONTROLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES .....            | 11               |
| ARTICLE 18 – LOI ET LANGUE APPLICABLES AU CONTRAT .....                            | 11               |
| ARTICLE 19 – RECLAMATIONS .....  | 11               |
| ARTICLE 20 – DISPOSITIONS LEGALES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS INDEPENDANTS ..... | 11               |

## **Préambule**

### **« L'offre Callys Santé »**

(Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2008)

Cette notice d'information détaillée définit les droits et devoirs réciproques de la Mutuelle, de l'adhérent\* et des assurés\*.

Le contrat présenté dans cette notice d'information détaillée est proposé sur Internet par la Complémentaire Santé Callys Assurances, marque commerciale créée par Kelassur Gestion (SIREN en cours RCS Paris – Siège social : 262 rue Albert Einstein – 13013 MARSEILLE 13), dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de la Mutuelle SMIP, Services Mutualistes des Individuels et Professionnels, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 775 709 710 et dénommée ci-après « La Mutuelle ».

Le contrat est un contrat responsable au sens de la loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Ce type de contrat définit le contrat d'assurance santé qui respecte le cahier des charges fixé par le Décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.

L'assuré\* qui souscrit un contrat responsable peut ainsi bénéficier d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance et ouvrir droit, le cas échéant, à une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

La présente notice d'information détaillée reprend les principales dispositions du contrat collectif dont une copie est communiquée à toute personne qui en fait la demande.

La Mutuelle est soumise au contrôle des autorités de tutelle (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles – 61 rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 9).

## **Définitions**

Nous vous proposons ci-dessous un lexique pour une meilleure compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

### **Adhérent**

Personne dont l'adhésion à la Mutuelle a été acceptée et qui est, à ce titre, tenue au paiement des cotisations.

### **Assuré**

Personne physique nommément désignée au contrat et qui bénéficie des garanties.

### **Auxiliaires médicaux**

Infirmières, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes...

### **Base de Remboursement de la Sécurité sociale**

Assiette servant au calcul des prestations\* en nature de l'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature\* auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut-être constituée du :

#### **. Tarif d'autorité (TA)**

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

#### **. Tarif de convention (TC)**

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.

#### **. Tarif de responsabilité (TR)**

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

#### **. Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)**

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

### **Conjoint**

Personne unie à l'adhérent\* par les liens du mariage, selon les termes du Code civil.

Sont assimilés au conjoint :

- le concubin. Par concubinage, on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple »,
- et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,

selon les dispositions du Code civil.

### **Délai de stage (ou délai de carence)**

Période qui suit la date d'effet du contrat (ou du changement de formule) pendant laquelle les remboursements sont limités. Ce délai est précisé à l'article « Limites et exclusions ».

### **Dépassement d'honoraires**

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de la Sécurité sociale\*.

### **Forfait journalier hospitalier**

Montant forfaitaire mis à la charge de l'assuré\* en cas d'hospitalisation. Il correspond aux frais d'hébergement ou d'entretien entraînés par son séjour.

### **Franchises**

Destinées à financer des grandes causes nationales (la lutte contre le Cancer ou la maladie d'Alzheimer), les franchises sont des sommes déduites des remboursements des dépenses de santé des assurés\* par la Sécurité sociale.

### **Médecin traitant**

Médecin choisi par l'assuré\* âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins, tel qu'indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (*voir ci-après Parcours de soins\**).

### **Nomenclature**

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- . **la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).**

Cette classification remplace progressivement depuis le 31 mars 2005 la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le Catalogue Des Actes Médicaux (CDAM).

- . **la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),**
- . **la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),**
- . **la Liste des produits et des prestations\* remboursables (LPPR ou LPP).**

### **Parcours de soins**

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés\* sociaux à consulter leur médecin traitant\* avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur\* par le régime obligatoire\* et de non-remboursement des éventuels dépassements d'honoraires\* par la Mutuelle.

### **Participation forfaitaire**

Somme fixée par décret qui reste à la charge de l'assuré\* (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale). Elle concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

### **Prestations**

Versement des sommes correspondant aux garanties du contrat (remboursements de soins ou de services).

### **Régime obligatoire (RO)**

Régime d'assurance maladie auquel l'assuré\* est automatiquement rattaché en fonction de sa situation professionnelle. On distingue 3 principaux régimes : le régime général, le régime agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

### **Ticket modérateur**

Dans le parcours de soins\*, différence entre la Base de remboursement\* de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

La participation forfaitaire\* n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence.

L'application par le régime obligatoire\*, de la majoration de la participation de l'assuré\* lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins\*, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

# 1. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION ET DECLARATIONS

Ce contrat vous permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse l'essentiel de vos frais de soins de santé :

- en complément des remboursements du Régime obligatoire\* effectués, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article « Limites et exclusions »,

## Article 1 – Conditions de souscription

La souscription du contrat « **Callys Santé** » est réservée aux clients et prospects de Callys Assurances, personnes physiques, âgées de plus de 16 ans, ayant la capacité de contracter, et résidant en France Métropolitaine et dans les DOM, COM ou dans un état de l'Union Européenne.

L'adhésion est possible sans limite d'âge et n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Vous pouvez souscrire un seul et même contrat pour votre foyer. Vous devez compléter et signer la demande d'adhésion et, le cas échéant, désigner les assurés\* au titre du contrat « **Callys Santé** ». Cette signature emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par la présente notice.

Cette demande d'adhésion doit être accompagnée des documents suivants :

- une copie de l'attestation Carte Vitale, pour chaque assuré\* à inscrire ;
- le cas échéant, un certificat de radiation de la précédente Mutuelle pour bénéficier de la non-application des délais de stage\* prévus à l'article 7 de la notice ;
- un relevé d'identité bancaire pour le règlement des prestations\* ;
- le cas échéant, une autorisation de prélèvement bancaire s'il est opté pour un prélèvement automatique des cotisations ;
- un chèque bancaire équivalent au montant du premier mois de cotisations dans le cas où il n'y aurait pas eu de paiement par carte bancaire.

La Mutuelle concrétise votre souscription par l'envoi d'un bulletin d'affiliation en deux exemplaires, dont un à retourner signé, et d'une carte mutualiste, qui prouve votre appartenance à la Mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant pharmaceutique national.

## Article 2 – Déclarations de l'adhérent\*

En qualité d'assuré\*, peuvent être désignés sur la demande d'adhésion au titre du contrat « **Callys Santé** » :

- votre conjoint\* ou assimilé, à charge ou non au sens de la Sécurité sociale, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
- vos enfants à charge au sens de l'assurance maladie obligatoire, et ceux apprentis, salariés ou étudiants au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20<sup>ème</sup> anniversaire,
- vos enfants de plus de 20 ans et de moins de 26 ans, n'ayant pas de foyer propre et vivant en permanence au foyer de l'adhérent\* ;
- vos ascendants à charge au sens de l'assurance maladie obligatoire.

# 2. DESCRIPTION DES GARANTIES

## Article 3 – Plafonds de garanties

La prise en charge de la Mutuelle est exprimée par rapport aux tarifs de convention\*, aux bases de remboursement de la Sécurité sociale\*, aux tarifs de responsabilité\* de la Sécurité sociale, aux tarifs forfaitaires de responsabilité\*, aux tarifs de la liste des produits et des prestations\* remboursables (LPPR ou LPP)\*, et le cas échéant au tarif d'autorité\*.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature\*, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par la Mutuelle dans les conditions fixées au tableau ci-après.

### **Soins engagés hors de France**

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité\* de l'assurance maladie obligatoire française, et qui figurent dans la nomenclature\* des actes.

Si les remboursements du régime d'obligation sont modifiés en cours d'année, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

### **Article 4 – Garanties du contrat « Callys Santé »**

Une franchise de 50€ par an et par bénéficiaire est appliquée avant tout remboursement. Cette franchise ne s'applique pas au poste Pharmacie qui bénéficie du tiers-payant national.

Pour les actes hors parcours de soins\*, les remboursements de la Mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins\* à l'exception des dépassements d'honoraires\* qui ne sont pas pris en charge.

### **Hospitalisation et frais de transport**

Cette garantie couvre les soins et prestations\* correspondant à une période durant laquelle le patient est hébergé dans un établissement hospitalier, public ou privé, installé physiquement dans un lit et qu'il y passe au moins une nuit : les honoraires médicaux ou chirurgicaux, les frais de séjour et les frais de transport, le forfait journalier hospitalier\*.

La participation de la Mutuelle est conditionnée à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire\*.

La Mutuelle prend intégralement en charge la participation forfaitaire\* de 18€ appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est égal ou supérieur à 91€, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 (opération de l'appendicite, radiothérapie,...).

Les séjours pour affections psychopathologiques, dans les établissements médicaux-sociaux, dans les maisons de retraites ou longs séjours (même en établissements hospitaliers) ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

### **Prestations\* de Prévention**

La Mutuelle prend en charge les actions de prévention suivantes (au titre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, selon l'arrêté du 8 juin 2006) :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12),
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos, poliomyélite pour tous les âges, coqueluche avant 14 ans, Hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

## ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES

| Garanties dans le cadre du parcours de soins <sup>(1)</sup>                                | Sécurité Sociale | Callys Santé <sup>(2)</sup> | Total         |
|--|------------------|-----------------------------|---------------|
| <b>Hospitalisation Médicale et Chirurgicale (y compris maternité)</b>                      |                  |                             |               |
| Chambre commune <sup>(3)</sup>   | 80%              | 20%                         | 100% TC       |
| Chambre particulière <sup>(3) (4)</sup>  | -                | 70 € par jour               | 70 € par jour |
| Forfait journalier hospitalier   | -                | Frais réels                 | Frais réels   |
| Frais de séjour  | 80% ou 100%      | 0% ou 20%                   | 100% TC       |
| Honoraires : actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux, actes d'imagerie | 80% ou 100%      | 100% ou 120%                | 200% TC       |
| Frais de transport   | 65%              | 35%                         | 100% TC       |

| <b>Actes médicaux et paramédicaux</b>                      |     |     |         |
|--|-----|-----|---------|
| Consultations, visites, actes techniques et de spécialités | 70% | 30% | 100% TC |
| Actes d'imagerie   | 70% | 30% | 100% TC |
| Actes d'auxiliaires médicaux                               | 60% | 40% | 100% TC |

| <b>Analyses</b> |     |     |         |
|-----------------|-----|-----|---------|
|                 | 60% | 40% | 100% TC |

| <b>Pharmacie</b>   |     |     |         |
|--------------------|-----|-----|---------|
| Vignettes blanches | 65% | 35% | 100% TC |
| Vignettes bleues   | 35% | -   | 35% TC  |

| <b>Dentaire</b>               |      |   |         |
|-------------------------------|------|---|---------|
| Consultations et soins        | 70%  | - | 70% TC  |
| Prothèses dentaires acceptées | 70%  | - | 70% TC  |
| Orthodontie acceptée          | 100% | - | 100% TC |

| <b>Optique</b>                            |     |   |        |
|---|-----|---|--------|
| Verres / Montures / Lentilles remboursées | 65% | - | 65% TC |

| <b>Prestations de prévention</b> |     |     |         |
|----------------------------------|-----|-----|---------|
| Détartrage                       | 70% | 30% | 100% TC |
| Vaccins                          | 65% | 35% | 100% TC |

**En cas de non respect du parcours de soins\*, les remboursements régime complémentaire sont identiques en taux à ceux du parcours de soins\* et respectent les exclusions figurant à l'article 7 de la notice.**

1. Les taux exprimés s'appliquent au tarif de base de remboursement du Régime d'Obligation\* (RO), y compris la participation de ce dernier, sous réserve des exclusions prévues à l'article 7 de la notice.
2. Sous déduction d'une franchise de 50€ annuelle (sauf pour le poste Pharmacie).
3. Application des tarifs suivant l'accord du lieu et de l'établissement d'hospitalisation donné par les Régimes d'Obligation\*.
4. Limité à 100 jours par année civile et par assuré\*.

## **Article 5 – Services du contrat « Callys Santé »**

### **Délai de remboursement**

Les prestations\* sont remboursées sous 48h à réception du dossier complet.

Chaque ayant droit peut percevoir ses prestations\* sur son propre compte bancaire. Pour cela le souscripteur doit communiquer à la Mutuelle le RIB et indiquer l'assuré\* concerné.

### **Dispense d'avance de frais**

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle propose ses services de tiers payant par l'intermédiaire du GIE MMG, qui a signé des conventions avec 100% des pharmacies. A cet effet, une carte mutualiste est délivrée en deux exemplaires aux adhérents\*.

La Mutuelle se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance ou en déduction des prestations\* à venir.

Pour toute dispense d'avance de frais en hospitalisation, vous devez faire une demande de prise en charge auprès de la Mutuelle. La Mutuelle adressera directement au professionnel de santé le paiement correspondant à votre garantie.

## **Article 6 – Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent\* dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

## **Article 7 – Limites et exclusions**

### **Limites des remboursements**

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré\*, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations\* servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations\* servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

L'assuré\* recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

### **Assurances cumulatives**

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré\* peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

### **Exclusions de garanties**

Afin de respecter le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide, visé à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale complété par les articles R.871-1 et R.871-2 du même Code, dits « contrats responsables », la Mutuelle ne prendra pas en charge :

- Les participations forfaitaires prévues à l'article L.322-2 §2 (1€ en 2008) et §3 du Code de la Sécurité sociale (0,50€ par boîte de médicaments, 0,50€ par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire),
- La majoration de participation mise à la charge des assurés\*, prévue par :
  - L'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré\* n'a pas choisi de médecin traitant\* ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant\*,
  - L'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale lorsque le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,
- Les dépassements d'honoraires\* en dehors du parcours de soins\*.

Enfin, la Mutuelle ne prendra pas en charge la majoration de participation mise à la charge des assurés\* selon les dispositions de l'article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale.

### **Délais de stage\***

Il est expressément prévu un délai de stage\* de 3 mois pour le bénéfice des prestations\* d'hospitalisation. Ce délai ne s'applique pas pour les adhérents\* :

- pour les adhérents\* pouvant justifier avoir été couverts par des garanties équivalentes dans les 3 mois précédant leur adhésion à la Mutuelle. Le bulletin d'adhésion prend alors effet selon les règles définies à l'article 8 de la présente notice d'information.
- en cas d'accident.

Les soins de toute nature dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Aucune prestation\* n'est due pour des prescriptions postérieures à la date de résiliation du contrat.

### 3. Fonctionnement du contrat

#### Article 8 – Prise d'effet et durée du contrat

L'adhésion prend effet sauf date autre expressément prévue, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion.

En cas de radiation d'une précédente mutuelle, l'adhésion prend effet le lendemain de la date de radiation.

L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier.

L'adhérent\* sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisations.

#### Article 9 – Renonciation – Résiliation – Radiation - Cessation des garanties

##### Résiliation à l'initiative de l'adhérent\*

##### **Renonciation au contrat**

En cas de souscription du contrat à distance ou lors de démarchage à domicile ou sur le lieu de travail ou à sa résidence, même à sa demande, l'adhérent\* bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat. Il lui suffit d'envoyer un courrier au siège de la Mutuelle en demandant la résiliation du contrat sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. (Cf. Modèle ci-après).

« Je soussigné (nom, prénom).....demeurant (adresse du souscripteur) .....déclare renoncer au contrat d'assurance n° XXX auquel j'avais souscrit le (date de souscription) ..... par l'intermédiaire de (nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat) .....  
Date ..... Signature du souscripteur. »

##### **Résiliation annuelle**

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent\*, si elle est signifiée par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de chaque année.

##### **Résiliation à l'initiative de la Mutuelle**

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion de l'adhérent\* en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 12.

Sont radiés les adhérents\* qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts et le règlement mutualiste subordonnent leur admission.

En cas de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent\*, la Mutuelle procède à son exclusion immédiate, et pourra exiger le remboursement des prestations\* indûment perçues.

Peuvent être exclus de la Mutuelle les adhérents\* dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle, et qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice volontaire et dûment constaté.

La résiliation du contrat et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

#### Article 10 – Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation de l'adhésion.

L'adhésion cesse en tout état de cause ses effets pour tous les adhérents\* et ayants droits inscrits sur le bulletin d'adhésion :

- au décès de l'adhérent\*, si aucun ayant droit ne bénéficie des garanties,
- au changement de situation familiale,
- au changement de département,
- au changement de régime obligatoire\*,

Les conditions d'application, comme la date à retenir pour chacun des cas ci-dessus énumérés, sont fixées par décret.

- en cas d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire sur production d'un justificatif,
- pour les enfants : à l'échéance annuelle qui suit leur 20<sup>ème</sup> anniversaire ou au plus leur 26<sup>ème</sup> anniversaire lorsqu'ils font des études.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## 4. COTISATIONS

La cotisation est la contrepartie des garanties accordées à l'assuré\*.

### Article 11 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait mensuel exprimé en euros, intégrant les frais de fractionnement.

Elles sont individuelles, fonction de l'âge à l'adhésion et évoluent ultérieurement régulièrement en fonction de cet âge de l'assuré. En cas de règlement semestriel ou annuel, une réduction de cotisation est appliquée. Le taux est défini chaque année par le Conseil d'Administration.

#### Règlement des cotisations

L'adhérent\* s'engage au paiement d'une cotisation annuelle payable d'avance soit annuellement, semestriellement, ou trimestriellement (par tout moyen à convenance : chèque bancaire, postal, prélèvement), soit mensuellement, obligatoirement par prélèvement automatique.

L'appel de cotisations est adressé annuellement.

Le règlement de la cotisation, en cas de mode de paiement autre que le prélèvement automatique, devra s'effectuer selon le fractionnement prévu sur l'appel.

### Article 12 – Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent\*.

En cas de paiement fractionné de la cotisation annuelle, et face au non paiement d'une des fractions de cotisations, la garantie sera suspendue jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent\* est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations 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 poursuite et de recouvrement.

### Article 13 – Ajustement et révision des cotisations

Les cotisations ne peuvent varier qu'en fonction du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des adhérents\*.

Les cotisations sont revalorisées sur décision du Conseil d'Administration, par délégation de l'Assemblée Générale. Elles intègrent le prélèvement lié à la Couverture Maladie Universelle.

## 5. VERSEMENT DES PRESTATIONS\*

### Article 14 – Conditions de versement des prestations\*

#### Règlement des prestations\*

Le règlement des prestations\* qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virements bancaires ou postaux sur le compte de l'adhérent\* :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
  - les décomptes originaux délivrés par l'assurance maladie obligatoire,
  - les originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens,
  - les photocopies des notifications par l'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés,
  - en cas d'assurance cumulative, le décompte de remboursement de l'autre organisme accompagné d'une copie du décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- soit en relation directe avec l'assurance maladie obligatoire par le biais de la télétransmission.

Avant ou après le paiement des prestations\*, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative.

Elle peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

Pour l'ensemble des soins, seule la date de l'ordonnance, de la prescription ou de l'exécution des actes est prise en considération pour déterminer l'ouverture des droits.

Toute demande de prestation pour être recevable, doit être présentée dans les 24 mois suivant la date de l'évènement à indemniser.

La Mutuelle conserve les documents transmis.

#### Modification de données personnelles

L'assuré\* doit informer la Mutuelle de toute modification de ses données personnelles (changement de numéro de Sécurité sociale, d'adresse, de statut,...) afin de ne pas perturber le versement des prestations\*.

## 6. GENERALITES

### Article 15 – Secours exceptionnels

Il peut être attribué par la commission de l'action sociale et solidaire des secours exceptionnels aux adhérents\* et à leurs familles pour les besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessure ou accident. Ces secours exceptionnels sont pris sur un budget alimenté par une part des cotisations acquises à hauteur de un pour mille. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

### Article 16 – Informatique et Libertés

Selon la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

L'adhérent\* ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social. L'adhérent\* peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

## **Article 17 – Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles**

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61 rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 9.

## **Article 18 – Loi et langue applicables au contrat**

Le contrat est soumis à la loi française en vigueur. La langue utilisée est le français.

## **Article 19 – Réclamations**

Pour toutes réclamations, vous pouvez adresser vos courriers à l'attention du Service Qualité, **Complémentaire Santé Callys Assurances**, 20 rue Thiers, 79077 NIORT CEDEX 9.

## **Article 20 – Dispositions légales concernant les professionnels indépendants**

Les garanties du contrat « **Callys Santé** » entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11.02.1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

En tant que :

- professionnel indépendant c'est-à-dire non salarié non agricole (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,

la loi Madelin vous permet de déduire de votre bénéfice imposable les cotisations versées au titre des garanties « **Callys Santé** », dans la limite des plafonds en vigueur.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut et que dure votre assurance. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'association désignée dans la demande d'assurance « **Callys Santé** ». La Mutuelle vous adresse une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

Complémentaire Santé Callys Assurances, marque commerciale créée par Kelassur Gestion – S.A.  
au capital de 10 000 € - SIREN en cours RCS Paris – N° ORIAS en cours  
Siège Social : 262 rue Albert Einstein – 13013 MARSEILLE 13

La Complémentaire Santé Callys Assurances est assurée par la SMIP, mutuelle n° 775 709 710,  
soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.  
20 rue Thiers 79077 NIORT cedex 9