



Mettez un
« *coup de jeune* »
dans votre
assurance santé

KIFE S@NTE

L'assurance santé réservée aux moins de 30 ans

- **Demande d'adhésion**
- **Tableau des garanties**
- **Notice d'information**
- **Mandat de prélèvement**



Kife S@nté

Tableau des garanties (KIFES@NTE 04-2015)

Souscription de 16 à 30 ans
Pas de questionnaire de santé - Pas de délai d'attente

	Régime Obligatoire	Kife S@nté 1*	Kife S@nté 2	Kife S@nté 3
HOSPITALISATION ET MATERNITE en établissement conventionné ou non-conventionné**				
Frais de séjour**	80 à 100%	100%	125%	150%
Chirurgie - Anesthésie - IVG	80 à 100%	100%	125%	150%
		100%	105%	130%
Forfait hospitalier en durée illimitée		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière pendant 21 jours		20 €/jour	30 €/jour	50 €/jour
Lit d'accompagnant pendant 15 jours		20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour
Frais de télévision et accès internet pendant 15 jours		5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Transport du malade	65%	100%	100%	150%
Forfait naissance-adoption/enfant		100 €	125 €	150 €
DENTAIRE				
Dentaire remboursé par le Régime Obligatoire : Soins, prothèses, orthodontie	70%	100%	100%	125%
+ Forfait dentaire (soins remboursés ou non par le Régime Obligatoire) : forfait/an/bénéficiaire		•	100 €	150 €
OPTIQUE				
Optique remboursé par le Régime Obligatoire : Verres et montures + Lentilles	65%	100%	100%	125%
+ Forfait optique (soins remboursés ou non par le Régime Obligatoire y compris verres simples) ⁽¹⁾ :		•	50 €	100 €
+ Forfait complémentaire pour lunettes avec au moins un verre complexe ⁽¹⁾		•	+150 €	+150 €
Forfait annuel Lentilles de contact remboursées ou non par le Régime Obligatoire		•	50 €	75 €
HONORAIRES				
Médecins (généralistes et spécialistes)	70%	100%	125%	150%
		100%	105%	130%
Auxiliaires médicaux	60%	60%	100%	125%
Laboratoires	60%	100%	100%	100%
Ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues et sexologues ⁽²⁾ non remboursés par le Régime Obligatoire - 3 consultations maxi/an - par consultation :		•	30 €	35 €
Actes de spécialité : ATM (actes techniques médicaux)	70%	70%	100%	125%
		70%	100%	105%
Imagerie, radiologie, échographie	70%	70%	100%	125%
		70%	100%	105%
PHARMACIE				
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	35 à 65%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés en recommandations générales du calendrier vaccinal forfait/an/bénéficiaire		50 €	75 €	100 €
PRESTATIONS DIVERSES				
Prothèses et appareillage (auditif, orthopédique...)	65%	100%	100%	125%
PREVENTION et SERVICES				
Contraception remboursée ou non par le Régime Obligatoire (sur présentation de facture) pilule dernière génération, pilule du lendemain, patch contraceptif, anneau, test de grossesse, préservatifs féminins ou masculins forfait/an/bénéficiaire		40 €	40 €	50 €
Automédication (sur présentation d'une facture) forfait/an/bénéficiaire		20 €	20 €	30 €
Cure de sevrage tabagique*** forfait/an/bénéficiaire	50 €	100 €	100 €	125 €
Détartrage non pris en charge par le Régime Obligatoire (maximum 30 €)		•	1 par an	2 par an
Carte Blanche (Tiers payant, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé)		Oui	Oui	Oui
ASSISTANCE**** :				
Assistance en France comme à l'étranger (suivant les dispositions FACIL1978)		Oui	Oui	Oui
RENFORTS :				
Eligibilité à la souscription d'un ou de plusieurs renforts (prix dégressif)		•	Oui	Oui

Renfort A
Bien-être

Honoraires tels que définis au sein du tableau de garanties	+ 25%
Chambre particulière	+ 20 € / jour limité à 21 jours
Ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues et sexologues ⁽²⁾	+ 15 € / consultation dans la limite de 3 séances et de 150 € / an

Renfort B
Optique & Dentaire

Optique Lentilles remboursées ou non, ou chirurgie réfractive ou Verres complexes, hypercomplexes ou mixtes	+100 € / an 100 € tous les 2 ans
Dentaire Actes remboursés et non remboursés, y compris implants (orthodontie exclue)	+100 € / an

Les différentes formules de garantie du contrat Kife S@nté sont dites **solidaires** et s'inscrivent dans le cadre des **contrats responsables**, tels que prévus aux articles L871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré. Les garanties du contrat Kife S@nté interviennent sur chacune de vos dépenses de santé ayant fait préalablement l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Ces dépenses de santé non remboursées par le Régime Obligatoire ne font l'objet d'une prise en charge que s'il en est fait expressément mention dans le tableau de garanties ci-dessus. Les prestations décrites dans le tableau ci-dessus sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire ou sous la forme de montants forfaitaires en euros. Elles incluent le remboursement du Régime Obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

BR : BASE DE REMBOURSEMENT. Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. **CAS** : CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS - (1) **Forfait optique Lunettes** : Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. (2) Ces actes non pris en charge par le régime de base sont pris en charge dans la limite annuelle précisée dans la formule souscrite, si prescrits sur ordonnance par un médecin. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé. * Hors régime Alsace-Moselle - Formule Kife S@nté 1 non prévue pour le Régime Alsace-Moselle. ** En établissement non conventionné, les prises en charge s'effectuent sur les bases de remboursement du secteur conventionné. *** Y compris la prise en charge de 50€ par le Régime Obligatoire, soit un forfait de 50 € pour Kife S@nté 1 et de 75 € pour Kife S@nté 2 et pour Kife S@nté 3. **** En cas de souscription dans le cadre d'un contrat Madelin, l'assistance n'est pas incluse.

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative Kife S@nté N° A.48810001 et N° A.4881002 (Madelin).

- souscrit par **C.MONASSO** ci-après dénommée "Association", Association loi 1er juillet 1901 - Siège Social : 7 rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret
- auprès de la **REMA (La Réunion des Mutuelles d'assurances Régionales)** l'assureur, Société d'assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entrepris régie par le Code des assurances. Siège social : 137 rue Victor Hugo – 92300 Levallois-Perret.

La gestion des adhésions au contrat, par accord entre l'Association et l'Assureur et par délégation de l'Assureur, est effectuée par **CEGEM** (S.A. de gestion et de courtage d'assurances - au Capital de 300 000 € – RCS Antibes B 378 966 485 – N° Orias : 07 001 328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex), ci-après : "le délégataire".

LEXIQUE

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Adhèrent/Sociétaire : La personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association, désignée au certificat d'adhésion, qui acquiesce les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat. Tout adhérent au contrat d'assurance est de fait Sociétaire de la REMA. L'adhésion à l'Association C.MONASSO et à ses statuts résulte automatiquement de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

Age : L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1er février 2015, né le 2 août 1985, sera considéré avec un âge de 30 ans (2015 – 1985 = 30), et lors du renouvellement de son adhésion au 1er janvier 2016, avec un âge de 31 ans en 2016.

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

Assuré : La ou les personne(s) garanti(e)s par le contrat et désigné(e)s au certificat d'adhésion personnel selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.

- Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est inférieur au tarif de convention.

- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments et autres biens médicaux.

Certificat d'Adhésion : Document émis par le Service Gestion en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la mutuelle. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son co-signataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notaire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Date anniversaire du contrat : Date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Délai d'attente : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.

Domicile : Lieu de résidence principale ou adresse de l'adhérent précisé au certificat d'adhésion personnel.

Echéance : Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale : Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée la première fois à la date anniversaire de l'adhésion soit 12 mois après la prise d'effet des garanties, puis ensuite au 1er janvier (01/01) de chaque année.

Enfant à charge : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 21ème anniversaire ou jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

Etablissements médico-sociaux : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France Métropolitaine, des départements et territoires d'outre-mer, et de la Principauté de Monaco.

Garantie : Elle correspond aux prestations assurées, dans le cadre de la formule choisie, cumulées à celles des **renforts** éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessaires par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le Médecin-conseil de la mutuelle (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Moyen séjour – Soins de suite et réadaptation (SRR)

Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la société d'assurance mentionnée au certificat d'adhésion personnel.

Nomenclatures des de la sécurité sociale : Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), la Liste de produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale Biologie (TNB).

Nullité de l'adhésion : Sanction prévue par le Code de la Mutualité en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un adhérent. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties qui étaient prévues dans le cadre de l'adhésion au contrat et les cotisations, payées ou échues, sont acquises à la mutuelle à titre d'indemnité.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophtalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie) et la Pédiatrie. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire.

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

Service spécialisé : Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessaires par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage

thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Souscription à distance : La souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat Kife S@nté réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

Ticket modérateur : Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport : Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

o Verres **simples** : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

o Verres **mixtes** : verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

o Verres **complexes** : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.

o Verres **hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Vous : Désigne l'Adhérent

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat est :

• régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'Association le délégataire, et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française, pendant toute la durée du contrat.

• constituée des éléments suivants :

- Les statuts de l'Association.

- Les statuts de la REMA fournis à la demande de l'adhérent.

- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.

- Le certificat d'adhésion personnel qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties.

1 - Objet du contrat

Le contrat Kife S@nté a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation occasionnés par l'un des événements suivants :

- Maladie,
- Maternité,
- Accident,
- Hospitalisation

constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débutés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

Les remboursements dépendent des garanties choisies, indiquées aux certificats d'adhésions. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Vous pouvez également bénéficier de garanties d'assistance si ces garanties sont prévues dans la formule choisie, mentionnées au certificat d'adhésion.

Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la "Convention d'assistance santé – FACIL1978".

2 - Nature des garanties du contrat

La garantie est viagère dès sa prise d'effet.

• **Garanties «contrat solidaire» :**

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

• **Garanties «contrat responsable» :**

Les différentes formules de garantie santé du contrat Kife S@nté respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit « Responsable », dont notamment :

• la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale,

• la non prise en charge :

o de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,

o de dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,

o de la participation forfaitaire,

o des franchises médicales.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

- La non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

• adhérer à l'Association souscriteur du contrat (adhésion moyennant le paiement d'un droit unique d'adhésion),

• être âgé de 16 ans minimum (inclus)

• être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

• respecter l'âge limite d'adhésion précisé à l'article 4.

• Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

Personnes assurées

L'adhérent, et s'ils sont désignés au certificat d'adhésion, son conjoint, ses enfants à charge (au sens de la sécurité sociale).

Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion

- 30 ans révolus à la date de prise d'effet des garanties et renforts de garanties..

- 20 ans révolus pour les enfants.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Dispositions spécifiques au contrat n° A.48810002 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut Travailleurs Non-Salariés (TNS) souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat, vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des Régimes Obligatoires de base. Ce contrat ne donne pas droit aux garanties d'assistance **FACIL1978**.

5 - Conclusion, prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

5.1 - Conclusion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion de l'adhésion est celle du certificat d'adhésion qui est transmis à l'adhérent.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa

13 - Modification du contrat

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le présent contrat. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents au présent contrat, selon les dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances. L'adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

14 - Quelles sont vos garanties ?

14.1 - Votre garantie santé

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au certificat d'adhésion personnel, le contrat garantit :

- ✓ Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation suivants :
 - les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins),
 - les actes des auxiliaires médicaux,
 - les médicaments,
 - les analyses et examens de laboratoires,
 - les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie,
 - les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie,
 - les frais et appareils d'optique,
 - les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
 - les interventions chirurgicales,
 - les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier,
 - les frais de transport du malade ou de l'accidenté.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB), pris en charge par la Sécurité sociale.

- ✓ Le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption
La première année du contrat, cette indemnité est versée au prorata de la période de garantie.
- ✓ Le remboursement des soins d'Ostéopathes, de Chiropracteurs, de Diététiciens, de Podologues, de Psychologues et de Sexologues non remboursés par le Régime Obligatoire dans la limite de la participation prévue et à condition que ces actes soient réalisés par des praticiens d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.
- ✓ Le remboursement de la chambre particulière, pendant vingt et un jours dans la limite du plafond journalier prévu.
- ✓ Le remboursement de produits pharmaceutiques sur prescription médicale et non remboursés par la Sécurité sociale (Vaccins non remboursés en recommandations générales du calendrier vaccinal).
- ✓ Le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant pendant quinze jours par an, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire du contrat accompagné par son conjoint, un ascendant direct ou un enfant, dans les limites du plafond journalier prévu.
- ✓ Le remboursement des prothèses dentaires, des implants, de l'orthodontie, de la parodontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans les limites des montants et plafonds prévus.
- ✓ Le remboursement du détartrage dans la limite de la participation annuelle mentionnée aux certificats d'adhésions. Remboursement sur facture.
- ✓ Le remboursement d'un forfait optique en complément de notre remboursement pour les verres et les montures. La garantie Santé comprend un forfait optique par personne limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros.
Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.
Dans les autres cas, le forfait mentionné au tableau de garanties incluant le ticket modérateur ne sera versé que tous les deux ans.
Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.
- ✓ Un forfait annuel Lentilles de contact remboursées ou non par la sécurité sociale sur prescription médicale.
- ✓ Le remboursement de produits d'automédication
Certains médicaments non prescrits, délivrés par des pharmaciens, sont remboursés à hauteur des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garanties souscrite.
Les classes de médicaments concernées, identifiées par leur DCI : dénomination commune internationale, sont jointes avec le certificat d'adhésion.
Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des adhérents. Le remboursement se fera sur justificatif d'achat en pharmacie.

La classe ADDICTION (tabac) n'est pas concernée par cette garantie.

- ✓ Le remboursement de substituts nicotiques prévu par la Décision du 1er avril 2009 portant inscription sur la liste des médicaments de médication officinale mentionnée à l'article R.5121-202 du Code de la santé publique au titre de la classe ADDICTION (tabac).
Remboursement sur justificatif d'achat en pharmacie.

- ✓ Le remboursement des frais de télévision et d'accès à internet si prévu par l'hôpital pendant quinze jours, en cas d'hospitalisation (y compris maternité) d'un bénéficiaire dans les limites du plafond journalier prévu.

- ✓ Le remboursement des contraceptifs dans la limite de la participation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion. Remboursement sur justificatif d'achat en pharmacie.

- ✓ Cas particulier des renforts :

Pour la formule Kife S@nté 1 les renforts ne peuvent pas être souscrits.
Les renforts ne peuvent être souscrits que dans le cadre des formules Kife S@nté 2 et Kife S@nté 3.

- le renfort Bien-être :

o Chambre particulière : forfait complémentaire dans la limite du nombre de jours de couvertures prévue au sein du forfait souscrit.

o Honoraires : Pourcentage complémentaire appliqué en complément des honoraires tel que défini au sein du tableau de garantie.

o Ostéopathes, Chiropracteurs, Diététiciens, Podologues, Psychologues et Sexologues : Ces actes non pris en charge par le régime de base sont pris en charge dans la limite annuelle précisée dans la formule souscrite si prescrits sur ordonnance par un médecin. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé

- le renfort optique & dentaire :

o Optique : forfait supplémentaire pour les verres complexes ou hypercomplexes ou mixtes remboursés par le régime obligatoire tels que définis dans le lexique, les lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire et la chirurgie réfractive des yeux.

Pour les équipements avec verres complexes, hypercomplexes ou mixtes, le renfort optique ne vient en complément du forfait optique que tous les deux ans et suivant la même périodicité que le forfait relatif à la formule souscrite.

o Dentaire : forfait en complément du forfait dentaire souscrit

14.2 - Les services complémentaires santé proposés

- **Tiers payant** : Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

- **Les Services d'Assistance Santé** : S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de vos garanties assistance sont indiquées dans une notice d'information spécifique jointe au présent document.

15 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

15.1 - Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- Les décomptes originaux des prestations des Régimes Obligatoires,
- Les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens,
- Les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- Un acte de naissance de l'enfant de l'assuré(e) pour le versement de l'indemnité forfaitaire de maternité,
- Lorsque l'assuré bénéficie d'un autre Régime complémentaire, les décomptes de prestations de ce régime,
- En cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien,
- En cas de frais dentaires, la facture détaillée établie par le dentiste.

15.2 - Renseignements complémentaires

Le médecin conseil de CEGEMA peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale. Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

15.3 - Expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'assuré par le Médecin Conseil de CEGEMA.

Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du Médecin Conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.

Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'assuré). Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

15.4 - Délais à respecter

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises trois mois au plus tard après la date des soins.

15.5 - Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

16 - Résiliation

16.1 - L'adhésion peut être résiliée

Par vous

- En cas d'exercice de votre **droit à renoncation** dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L.112-9 et L.112-2-1 du Code des assurances et les articles L.121-20-8 et suivants du Code de la consommation.

- **Chaque année** à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis d'au moins deux mois.

- En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, **si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle**. La résiliation doit intervenir dans les trois mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

- En cas d'augmentation de votre cotisation annuelle supérieure à la variation de l'indice, selon les dispositions du paragraphe 5.2.

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

Par nous

Chaque année pour :

- Non-paiement des cotisations,
- Réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues : la résiliation prend alors effet 10 jours après sa notification.

De plein droit

- En cas de décès de l'adhérent. Si d'autres assurés sont garantis, l'adhésion est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée.

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur.

- A la date de cessation d'activité d'assurance de la REMA.

16.2 - Forme de la résiliation

Par vous : Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation, vous pouvez le faire :

- soit par lettre recommandée au siège social du délégataire : CEGEMA, 679, avenue du docteur Lefebvre - BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé à notre siège social,
- soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation pour l'un des événements repris au 3ème alinéa du paragraphe 4.1 devra être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, en indiquant la nature de l'événement justifiant cette résiliation.

Par nous : La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de CEGEMA.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas ci-dessous :

- Non-paiement des cotisations,
- Réticence ou fausse déclaration à la souscription, à l'adhésion ou en cours de contrat,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

16.3 - Conséquences sur le droit aux prestations

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

16.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renoncation

16.4.1 En cas d'exercice du droit à renoncation, dans le cadre de l'article L.112-9 du Code des assurances :

- Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renoncation.

- En cas de renoncation, l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renoncation 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 renoncation.

16.4.2 En cas d'exercice du droit à renoncation dans le cadre des articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renoncation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle renoncation.

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours.

- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.

17 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Article L114-1 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;

2° - 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 est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

18 - Subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

19 - Informatique et libertés

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est CEGEMA. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service Informatique de CEGEMA, situé : 679, avenue du docteur Julien Lefebvre BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par CEGEMA, destinataire, avec ses mandataires, l'Association, ses assureurs et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par la société CEGEMA et Ma santé facile. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

20 - Les réclamations - La médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA par écrit au 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex ou par téléphone au 04.92.02.08.50.

Votre deuxième contact : le service réclamation

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir par écrit auprès du Service Réclamation de CEGEMA : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P.189 06272 Villeneuve Loubet Cedex

En dernier recours : le département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

21 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle :
Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61, rue Talbout - 75009 PARIS

22 - Droit à renoncation

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par les articles L.112-9 du Code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation. Cette renoncation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - Centre de gestion - 679, avenue du docteur Lefebvre - BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception par CEGEMA. **Les conséquences du droit à renoncation sont indiquées dans l'article 15.4. "Conséquences en cas d'exercice du droit à renoncation" de la présente notice d'information.**

Article L.112-9 premier alinéa du Code des assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renoncation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de mon éventuelle renoncation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renoncation

Messieurs,
Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Kife S@nté (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A _____ Le _____ Signature

4/4 Notice d'information Kife S@nté -04-2015

Etre assuré chez Ma santé facile,
c'est la garantie de bénéficiaire de services qui font toute la différence.

Grâce à nos boutiques et notre Mag santé, Ma santé facile vous permet de bénéficier gratuitement d'informations pratiques autour de la santé et de la prévention.

Inscrivez-vous à notre Newsletter et découvrez tous nos articles d'actualité santé réalisés par nos spécialistes santé partenaires, nos dossiers complets et nos Tests et Quizz santé interactifs du moment.

Rendez-vous sur
www.masantefacile.com