

G'Ma Santé TNS!

Artisans, commerçants, libéraux

	Hopli Seule	TM	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
--	-------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

LIMITE D'ÂGE DE SOUSCRIPTION Jusqu'à 62 ans

DÉLAI D'ATTENTE 1 mois Allocation naissance : 9 mois / Allocation enfant hospitalisé : 6 mois si hospitalisation consécutive à une maladie

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ^{EM}	CAS ^{EM} / Non CAS	160%	100%	150%	175%	200%	225%	250%	275%	300%	400%
Hospitalisation médicale et chirurgicale		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS ^{EM} / Non CAS	150%	100%	130%	155%	180%	200%	200%	200%	200%	200%
• Frais de séjour		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation à domicile		150%	100%	150%	175%	200%	225%	250%	275%	300%	400%
Etablissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, ou maison de repos ³		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres frais hospitaliers											
• Chambre particulière ⁴		40 €/ j	•	40 €/j	45 €/j	55 €/j	60 €/j	70 €/j	75 €/j	80 €/j	100 €/j
• Frais d'accueil (limité à 15/événement (lit, repas accompagnant))		•	•	10 €/j	15 €/j	15 €/j	18 €/j	18 €/j	20 €/j	20 €/j	25 €/j
• Forfait hospitalier journalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Frais télévision, internet (limité à 15 jours par événement)		5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	7 €/j	7 €/j	7 €/j	7 €/j
• Transport du malade (sauf cure)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Famille											
Allocation naissance (en cas d'inscription du forfait dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption)	ECO	•	•	•	50 €	50 €	100 €	100 €	150 €	150 €	200 €
Allocation enfant hospitalisé	ECO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

MEDICINE COURANTE ^{EM} - PHARMACIE	CAS ^{EM} / Non CAS	100%	125%	150%	200%	200%	250%	250%	300%	350%	
Consultations et visites généralistes, spécialistes	CAS ^{EM} / Non CAS	•	100%	100%	125%	150%	175%	175%	200%	200%	
Radiologie, actes techniques médicaux, échographie	CAS ^{EM} / Non CAS	•	100%	100%	125%	150%	175%	175%	200%	200%	
Auxiliaires médicaux, laboratoire		•	100%	125%	150%	200%	200%	250%	300%	350%	
Médicaments, vaccins et homéopathie remboursés par le RO		•	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
AUTOMÉDICATION ^{EM} - PREVENTION - BIEN-ÊTRE											
Disciplines, actes, soins, produits pris en charge ou non par le RO											
Automédication ^{EM} : Pharmacie prescrite ou non, remboursée ou non		•	•	15 €/an	20 €/an	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an	75 €/an	100 €/an
Remboursement de 100% des frais engagés dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire :											
Pack Prévention ^{EM} : Actes de dépistage et soins préventifs, vaccins... sur prescription médicale - Produits de la Médecine Natuelle (Phytothérapie, Aromathérapie, Oligothérapie, Nutrition, Préparation Magistrale...)		•	•								
Consultations des praticiens de la médecine complémentaire non prises en charge par le RO		•	•								
Cures thermales remboursées par le RO	ECO	•	•	50 €/an	100 €/an	100 €/an	150 €/an	150 €/an	200 €/an	200 €/an	250 €/an

OPTIQUE ^{EM}	100%	100%	200 €	275 €	350 €	400 €	450 €	550 €	600 €	700 €	
Monture - verres complexes ou hypercomplexes	•	100%	200 €	275 €	350 €	400 €	450 €	550 €	600 €	700 €	
Monture - verres mixtes (1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexes)	•	100%	150 €	175 €	225 €	250 €	275 €	300 €	325 €	425 €	
Monture - 2 verres simples	•	100%	125 €	150 €	200 €	225 €	250 €	275 €	300 €	350 €	
Chirurgie réfractive, Lentilles remboursées ou non par bénéficiaire :	ECO	•	100%	75 €/an	100 €/an	125 €/an	150 €/an	150 €/an	175 €/an	250 €/an	
DENTAIRE											
Consultations, actes, soins, contention orthodontique remboursés par le RO		•	100%	150%	175%	200 %	225 %	250 %	275%	300%	400%
Prothèses remboursées par le RO		•	100%	150%	175%	200 %	225 %	250 %	275%	300%	400%
Orthodontie remboursée par le RO : Forfait en plus du remboursement du Régime Obligatoire par semestre, par catégories et dans la limite des frais engagés	ECO	•	•	100 €/ semestre soit 200 €/ an	125 €/ semestre soit 250 €/ an	150 €/ semestre soit 300 €/ an	175 €/ semestre soit 350 €/ an	200 €/ semestre soit 400 €/ an	225 €/ semestre soit 450 €/ an	250 €/ semestre soit 500 €/ an	300 €/ semestre soit 600 €/ an
Plafond dentaire annuel pour les prothèses et l'orthodontie (hors consultations, actes et soins)		•	•	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an	225 €/an	250 €/an	300 €/an
Dentaire non remboursé (prothèses non remboursées, implantologie, parodontologie...)		•	•	100 €/an	150 €/an	225 €/an	250 €/an	275 €/an	300 €/an	400 €/an	
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES APPAREILLAGES (hors dentaire)											
Prothèses auditives, entretien et piles		•	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Appareillage et prothèses prises en charge par le RO (orthoptique, prothèses auditives et autres appareils orthodontiques...)		•	100%	100%	+ 50 €/ an	+ 50 €/ an	+ 75 €/ an	+ 75 €/ an	+ 100 €/ an	+ 100 €/ an	+ 150 €/ an
SOINS A L'ETRANGER											
Soins engagés à l'étranger remboursés par le RO : prise en charge des frais figurant dans la liste des actes et soins garantis mentionnés ci-dessus à hauteur de :		100%	100%	100%	125%	125%	125%	125%	150%	150%	150%
ASSISTANCE (Assistance Santé Via Quotidienne, Service d'aide aux visiteurs, Assistance Juridique & Médicale)		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICES : Télétransmission des diagnostics / Carte Trias Payant ^{EM}		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Forfait consultations des praticiens de la Médecine complémentaire + 100 €/an (50 € max / consultation)

Renfort A Bien-être De G1 à G7

Produits de la Médecine naturelle (Phytothérapie, Aromathérapie, Nutrition, Préparation Magistrale...)

Vaccins

Pack Prévention^{EM} : actes de dépistage et soins préventifs

Chambre particulière + 20€ /jour

Forfait complémentaire dentaire : Actes remboursés et non remboursés, y compris implantologie, parodontologie et orthodontie... Le forfait est porté à : **100 €/an**

Si le forfait complémentaire ci-dessus n'a pas été utilisé : **150 €/an** Adulte / **200 €/an** Enfant

Forfait complémentaire optique : Pour l'équipement optique^{EM} ou pour les lentilles remboursées ou non ou pour la chirurgie réfractive + 50 € tous les 2 ans

Renfort B Optique Dentaire De G1 à G8

RO : Régime Obligatoire - Prestations en pourcentage des bases de remboursement du Régime Obligatoire, y compris les remboursements du RO, dans la limite de la dépense réelle engagée. A l'exclusion du forfait optique (monture + 2 verres), vos forfaits sont valables par année d'assurance et par bénéficiaire.

(1) En secteur non conventionné - En cas d'hospitalisation, les frais de séjour sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement du Régime Obligatoire.

(2) CAS : Médecins ayant souscrit le Contrat d'Accès aux Soins.

(3) Non prise en charge des établissements médico-sociaux : Maisons d'Accueil Spécialisées, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Dépendantes. **(4)** Les frais de chambre particulière pour les séjours en convalescence, réduction, réadaptation fonctionnelle sont limités à 30 jours par an. Pas de prise en charge en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie. **(5) Formules G1 à G8** : Un équipement optique (2 verres + monture) par bénéficiaire tous les 2 ans à compter de la date d'effet, rapporté à 1 an si l'évolution de la vue ou si le bénéficiaire a moins de 18 ans. Monture prise en charge dans le forfait optique à hauteur de 150 € maximum.

**** Forfait automédication** : Médicaments non remboursés, non prescrits (Algies, douleurs et migraines, toux et maux de gorge, brûlures d'estomac, constipation, diarrhée, jambes lourdes, crise hémorroïdaire, règles douloureuses et mycoses vaginales).

**** Pack Prévention** : Dépistage de certains cancers, vaccins pour le voyage, pour les enfants (groupe A, méningite à méningocoque, les gastro-entérites), traitement de l'infarctus veineux, substituts nicotiniques, prévention bucco-dentaire, traitements de la DM, du psoriasis, de l'éclampsie, des troubles de la ménopause et de l'endométriose, contraceptifs.

******* Au-delà des professionnels de santé partenaires Carte Blanche : www.cartelblanchepraticiens.fr

ECO Cette option s'applique sur les formules G1 à G8. Elle permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation (renforts inclus) de la formule choisie. En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option constituent un bloc **indissociable** et mentionnées par le passif **ECO**. Ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent. Cette option s'applique à chaque assuré.

G'Ma Santé TNS!

Artisans, commerçants, libéraux

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative N°52520001 (Non Madelin), N°52520002 (Madelin) et N°52520003 (Hopli seule).

- souscrit par C.MONASSO ci-après dénommé « Association », Association loi du 1er juillet 1901 Siège social 7 rue Belgrand – 92300 Les Lilas-Paris.

- auprès de la **REMA** - Société Régionale des Mutuelles d'Assurances Régionales/ l'Assureur, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entreprise 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 **CEGEMA** (S.A. de gestion et de courtage d'assurances - au Capital de 300 000 € - RCS Antibes B 378 966 485 - N° OAS : 07 001 328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex), ci-après : **« le délégataire »**.

Lexique

- **Adhérer** : la personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association et désignée au Certificat Personnel d'Adhésion, qui acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties du contrat. Tout Adhèrent 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. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.
- **Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Assuré** : la (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat Personnel d'Adhésion.
- **Année d'assurance** : période de 12 mois consécutifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- **Base de remboursement** : l'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

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 professionnels concernés 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 très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecins

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire. Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Conclusion de l'adhésion : l'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhèrent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date de signature de la demande d'adhésion.

Conjoint :

- On entend par conjoint (épouse) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- Le partenaire lié à un Pacs (Pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article L1516-1 du Code civil ;
- Le concubin de l'adhérent ;

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Délai d'attente : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera pas garanti. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.

Dépassement d'honoraires : la partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

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.

Enfants :

Sont considérés comme tels, les enfants à charge de l'adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au jour de leur census, et par conséquent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (base minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et par conséquent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (base minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire. L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Forfait annuel dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire :

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

Franchise médicale : En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'Etat, des femmes enceintes durant toute la durée de leur grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgency, sans pouvoir excéder 4 euros par jour. Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des éventuellement souscrits, qui forment un bloc indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient présent par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Nullité : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Parcours de soins : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés «normalement», il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Formule Hospitalisation Seule : Seul la formule "Hopli Seule" comprend un délai d'attente d'1 mois. Ce délai peut être abrégé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes.

Allocation naissance : Cette garantie prend effet à l'issue du délai d'attente de 9 mois courant à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Toute naissance survenue durant le délai d'attente ne sera pas prise en charge par cette garantie. Dans le cas spécifique de l'option ECO, le délai d'attente sera appliqué à date de souscription de l'option.

Allocation enfant hospitalisé (50 €/jour, 3 jours max/an/enfant). Aucun délai d'attente ne s'applique pour toute hospitalisation consécutive à un accident. En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie d'un ou plusieurs enfants de l'assuré, le délai d'attente est porté à 6 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Dans le cas spécifique de l'option ECO, le délai d'attente sera appliqué à date de souscription de l'option. Cette garantie apporte une compensation financière à l'assuré, en cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 18 ans et de fiscalement à charge consécutive à une maladie ou un accident. Le montant de l'allocation est de 50 € par jour d'hospitalisation, 3 jours par an maximum et par enfant.

Option ECO :

- Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire l'option ECO afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation.
- Cette option s'applique sur les formules G1 à G8 et permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation (renforts inclus) du contrat pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat Personnel d'adhésion sur le bloc **indissociable** de garanties mentionnées ci-dessous :
- Allocation naissance
- Allocation enfant hospitalisé
- Forfait cures thermales remboursée par le RO
- Forfait chirurgie réfractive, lentilles remboursées ou non
- Forfait orthodontie remboursée par le RO

En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent.

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option ECO à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

Suite à première adhésion de l'option, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette option sera exclue.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations et s'exerce dans tous les pays à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Les séjours en dehors du territoire français et monogésique ne doivent pas dépasser trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat français.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

IMPORTANT : Sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux 8.1 et 8.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues au 8.4.

8.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui en résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou à titre amateur avec compétition au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ou de sa participation à des paris ou tentatives de record
- de la pratique de sports mécaniques ou aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie),
- de l'ivresse, de l'éthylisme, d'usage de drogues et de stupéfiants non médicalement prescrits ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des attentats ou des rixes (sauf cas de légitime défense), à des actes de terrorisme ou sabotages,
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source ou rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service

Ne nous exonérons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour,
- les établissements médico-sociaux : maisons d'Accueil spécialisées, établissements d'Hébergement pour personne dépendante,
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Ne nous exonérons pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident
- le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de CEGEMA indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- les cures de sommeil, séjours, hospitalisations d'amaigrissement, de rajeunissement, de

8.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'adhérent, et s'il s'agit de personnes assurées, 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 :

- 62 ans lors de la date de prise d'effet des garanties.
- La tarification "enfant" s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'assuré.

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier renforcé éventuellement souscrits, qui forment un bloc indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient présent par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Nullité : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Parcours de soins : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés «normalement», il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

8.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier renforcé éventuellement souscrits, qui forment un bloc indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient présent par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Nullité : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Parcours de soins : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés «normalement», il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

8.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de venue à demande, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Formule Hospitalisation Seule : Seul la formule "Hopli Seule" comprend un délai d'attente d'1 mois. Ce délai peut être abrégé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes.

Allocation naissance : Cette garantie prend effet à l'issue du délai d'attente de 9 mois courant à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Toute naissance survenue durant le délai d'attente ne sera pas prise en charge par cette garantie. Dans le cas spécifique de l'option ECO, le délai d'attente sera appliqué à date de souscription de l'option.

Allocation enfant hospitalisé (50 €/jour, 3 jours max/an/enfant). Aucun délai d'attente ne s'applique pour toute hospitalisation consécutive à un accident. En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie d'un ou plusieurs enfants de l'assuré, le délai d'attente est porté à 6 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Dans le cas spécifique de l'option ECO, le délai d'attente sera appliqué à date de souscription de l'option. Cette garantie apporte une compensation financière à l'assuré, en cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 18 ans et de fiscalement à charge consécutive à une maladie ou un accident. Le montant de l'allocation est de 50 € par jour d'hospitalisation, 3 jours par an maximum et par enfant.

Option ECO :

- Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire l'option ECO afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation.
- Cette option s'applique sur les formules G1 à G8 et permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation (renforts inclus) du contrat pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat Personnel d'adhésion sur le bloc **indissociable** de garanties mentionnées ci-dessous :
- Allocation naissance
- Allocation enfant hospitalisé
- Forfait cures thermales remboursée par le RO
- Forfait chirurgie réfractive, lentilles remboursées ou non
- Forfait orthodontie remboursée par le RO

En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent.

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option ECO à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque éché