CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT VITAMIN[3]

Valant notice d'information à conserver par l'assuré

CG_Vitamin3_ME-AG_202510_6

CENTRE DE GESTION
Adresse de correspondance
Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2 - Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75
E-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr
SAS au capital de 20 000 000 €, dont le siège social est situé 108 rue Ronsard - 37100 TOURS
RCS n° 490 625 662 - ORIAS n° 09 051 617.

L'ORGANISME ASSUREUR
Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française.
SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 NIORT. Tél. 05 46 45 04 04 - Fax 05 46 31 13 95 - www. apivia.fr

Le contrat groupe à adhésion facultative, est souscrit par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, auprès de Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française, inscrite sous le numéro SIREN 779 558 501, dont le siège social est situé 1 rue Jacques Vandier - 79000 NIORT, dénommée ci-après « l'ORGANISME ASSUREUR ».

La distribution et la gestion ont été déléguées à Apivia Courtage, dénommée ci-après le « CENTRE DE GESTION », SAS au capital de 20 000 000 euros, dont le siège social est au 108 rue Ronsard 37100 Tours, enregistrée au RCS Tours sous le n° 490 625 662, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L530-1 et L530-2 du Code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 09 051 617 : www.orias.fr.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA domiciliés en Métropole et dans les Antilles ou en Guyane, et aux professionnels indépendants et à leur conjoint collaborateur, adhérents à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI).

Il est soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du Code des assurances, ainsi que par les statuts de l'ORGANISME ASSUREUR.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09.

Les cinq niveaux de la garantie de base du contrat Vitamin[3], respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code, et s'adapteront automatiquement à la réglementation en vigueur en matière de réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »).

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

1.1. Le contrat Vitamin[3] a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction du niveau et de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés les prestations versées à l'occasion d'une hospitalisation suite à maladie, accident ou maternité, par la Sécurité sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Il intervient en complément du régime de base.

1.2. Le contrat offre le choix entre 5 niveaux de garanties de base et 4 packs optionnels dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de garanties annexé aux conditions générales du présent contrat. La souscription des packs optionnels est conditionnée au niveau de garantie souscrit.

1.3. La validité des garanties et dispositions du contrat s'exercent, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

1.4. Les garanties du contrat Vitamin[3] 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 (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- Conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- Dirigeant non salarié relavant de l'article 62 du Code général des impôts,

l'adhérent peut déduire de ses bénéfices imposables les cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur.

Pour en bénéficier, l'adhérent doit adhérer à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI), comme précisé sur le bulletin d'adhésion. Cette déduction est possible tant que l'adhérent exerce sous ce statut, qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires et que dure son assurance.

L'ORGANISME ASSUREUR adresse à l'adhérent une attestation de cotisations à conserver à l'appui de sa comptabilité.

1.5. Sont adossées en inclusion sur le contrat, conformément à l'article L221-3 du Code de la mutualité:

• **Une garantie assistance** souscrite auprès d'IMA ASSURANCES, SA au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40 000, 79033 NIORT CEDEX 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

• **Une garantie Protection Juridique** « **Recours Médical** » souscrite auprès de Matmut Protection Juridique, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties assistance et Protection Juridique « Recours Médical » est reporté en suivant des présentes.

1.6. Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits et montants de remboursement sont valables par année d'assurance à compter de la date anniversaire du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

ARTICLE 2. CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat, le membre participant doit :
- résider en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à Saint Martin ou à Saint Barthélemy.
- être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Les adhésions peuvent être souscrites sans limite d'âge.

L'adhésion s'effectue au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel doivent figurer :
- l'état civil du souscripteur et de ses bénéficiaires ;
- son adresse ;
- son régime social ;
- le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro de Sécurité sociale du souscripteur et de chacun des bénéficiaires désignés ;
- la date d'effet souhaitée ;
- la formule souscrite et les options éventuelles choisies ;
- la fréquence et le mode de paiement des cotisations.

La date valant date de souscription est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

ARTICLE 3. BÉNÉFICIAIRES

Peuvent être désignés comme bénéficiaires des garanties :
- le membre participant ;
- son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le membre participant ou qui est lié à lui par un pacte civil de solidarité) ;
- les enfants du membre participant ou de son conjoint jusqu'à leur 20 ans inclus ;
- les enfants du membre participant ou de son conjoint jusqu'à leur 25 ans inclus appartenant à l'une des catégories suivantes : étudiants, apprentis, à la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de France Travail, ou en service civique.

Par dérogation, les enfants de plus de 20 ans et jusqu'à 25 ans inclus peuvent être enregistrés sur le bulletin d'adhésion des parents, en tenant compte de la cotisation liée à leur âge, mais ne rentrent pas dans la règle de la gratuité liée au 3ème enfant.

ARTICLE 4. GARANTIES - FORFAITS - PLAFONDS

Le tableau de garanties est annexé aux présentes conditions générales

4.1. Le contrat, aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du régime obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants sont détaillés dans le tableau de garanties ci-dessous.

4.2. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

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

4.4. Le total des remboursements de la Sécurité sociale et de l'ORGANISME ASSUREUR est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.
Tous les frais médicaux réalisés à l'étranger donnent lieu à un remboursement dès lors qu'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de participation prévue au tableau de garanties « frais de soins et de séjour à l'étranger ».

4.5. Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

4.5.1. En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article GARANTIES – FORFAITS - PLAFONDS des conditions générales.

Honoraires des chirurgiens et anesthésistes et actes en secteur hospitalier :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Frais de séjour et hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale :
- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons d'enfants, de convalescence, de moyens séjours,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,
- toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

Forfait journalier hospitalier :

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe **au moins une nuit** dans l'établissement hospitalier.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Forfait patient urgences :

Est pris en charge le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Chambre particulière :

Dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement (nuitée), l'assuré bénéficie de la garantie chambre particulière, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties :
- **Dans le cadre de la garantie de base prévue pour les niveaux 2 à 5 : pour des séjours en médecine, chirurgie, maternité sans limite de durée, ainsi que pour des séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence dans la limite de 60 jours par an,**
- **Dans le cadre du Pack Optionnel « hospitalisation et honoraires » : sont pris également en charge les séjours psychiatriques dans la limite de 30 jours par an.**

Frais d'accompagnant :

En cas d'hospitalisation d'un des bénéficiaires inscrits au contrat, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de tout accompagnant, dans la limite de 30 jours par an.

Frais de transport :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Forfait « confort à l'hôpital » :

Les frais de confort à l'hôpital (Télévision, internet, téléphone, presse), sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait «hospitalisation ambulatoire ». Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Forfait « hospitalisation ambulatoire » :

Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait ne se cumule pas avec « le forfait confort à l'hôpital ». Le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.2. Optique :

Équipement optique (monture et verres) :

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie 100 % Santé (classe A), l'organisme assureur prend **en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des équipements optiques, déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.**

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie de classe B dont les prix de vente sont libres, la prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

Pour les enfants de plus de 5 ans et de moins de 16 ans, **les verres de freination de la myopie inscrits au titre II de la liste des produits et prestations (LPP) sont également garantis** dans les conditions suivantes :
- pour le traitement de la myopie forte (≥ -6 dioptries) et/ou très évolutive (≥-0,5 dioptrie par an) ;
- en cas de prescription explicite sur l'ordonnance par l'ophtalmologue.

Le remboursement de verres de freination de la myopie ne peut aller au-delà du prix limite de vente, y compris la prise en charge du régime obligatoire.

La prise en charge des verres de freination de la myopie s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

LIMITES DE GARANTIE EN OPTIQUE :

Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la

morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet). Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

Lentilles de correction et Intervention sur l'œil et implants oculaires

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à l'intervention sur l'œil et implants oculaires non remboursables par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau de garanties.

Le forfait « intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le Régime obligatoire » est accordée par année d'assurance et par œil.

4.5.3. Dentaire :

Prothèses dentaires :
Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, l'organisme assureur prend en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés règlementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Pour les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, **le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.**

Soins dentaires :
Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Examens de prévention bucco-dentaire : Depuis le 1er janvier 2025, les enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3 à 24 ans peuvent bénéficier chaque année de la prise en charge d'un examen de prévention bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et par votre mutuelle. La participation régulière à cet examen doit permettre de garantir une bonne santé bucco-dentaire et de maîtriser le recours aux prothèses dentaires.

Bonus fidélité dentaire :

Les remboursements des prothèses dentaires remboursables par la Sécurité sociale, sont majorés en complément du montant souscrit de 25 % à compter de la date anniversaire du contrat, dès la 2e année, et en suivant de 25 % à compter de l'échéance anniversaire du contrat dès la 3e année. Le bonus fidélité s'applique à chaque membre inscrit au contrat sur la garantie de base (exclusions des packs optionnels).

Frais dentaires non remboursés par le régime obligatoire :

- **Dans le cadre de la garantie de base :** ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de :
  - Soins dentaires, prothèses dentaires et d'implants non remboursées par le Régime obligatoire.

La notion « d'acte » fait référence au codage de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et peut correspondre à un ou plusieurs actes dentaires (1 acte = 1 code CCAM).

Le montant est exprimé par acte et en nombre d'actes par an et par bénéficiaire.

Ce forfait ne couvre pas les soins/actes de parodontologie non remboursés par le Régime obligatoire.

- **Dans le cadre du pack optionnel « optique-dentaire-audio » :** ce forfait permet de couvrir les dépenses de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le régime obligatoire.

Le montant du forfait s'entend par acte et dans la limite de 3 actes pour les niveaux 2, 3, 4 et 5. Le nombre d'actes entre la garantie de base et le pack optionnel ne sont pas cumulables.

Ces forfaits sont pris en charge par année d'assurance et par bénéficiaire.

Plafond dentaire :

Ce plafond global annuel s'applique pour les garanties suivantes :
- Les prothèses dentaires (Hors Prothèses du 100 % santé) dont les inlay-core remboursées par le Régime obligatoire
- L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire
- Les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire

Les niveaux 1 et 2 ne comportent pas de plafond dentaire. Les packs optionnels ne sont pas inclus dans le plafond.

Pour le niveau 3, le remboursement est limité à 750 euros la 1re année, 1200 euros la 2e année et 1500 euros la 3e année et les suivantes. Pour les niveaux 4 et 5, le remboursement est limité à 1000 euros la 1re année, 1200 euros la 2e année et 1500 euros la 3e année et les suivantes.

Les dépenses prises en charge par la mutuelle au titre du ticket modérateur sont prises en compte dans le calcul du plafond dentaire. Une fois le plafond atteint, le remboursement se limite à la prise en charge du ticket modérateur pour les actes faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. Le nombre d'années est calculé pour chaque bénéficiaire à partir de la date d'effet de sa garantie.

Ce plafond s'applique également en cas d'augmentation de votre niveau de garanties : le plafond global 2e année du nouveau niveau de garanties s'applique durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle garantie.

4.5.4. Aides auditives :

Les prothèses auditives ainsi que l'entretien, piles et accessoires pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursées dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Conformément à la réglementation en vigueur, lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), l'organisme assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Pour les aides auditives de classe II, la prise en charge sera conforme au tableau de garanties.

LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES :

La prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

Le point de départ de cette période correspond à la date de l'équipement.

4.5.5. Soins courants :

Honoraires médicaux, consultations, visites :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiqués pour une consultation aux cabinets d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Pour les autres consultations et visites réalisées hors parcours de soin coordonnés, elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par le Régime obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

La majoration pour frais de déplacement, actes de nuit ou le dimanche et soins d'urgence sont pris en charge suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux :

Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Analyses / actes de biologie / radiologie :

Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Les honoraires de psychologue remboursés par le Régime obligatoire

Dispositif Mon soutien psy : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 12 séances par année civile.

Honoraires paramédicaux :

Les honoraires des orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Médicaments, Vaccins (remboursés par la Sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge les médicaments remboursables par la Sécurité sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique

en vertu des contrats responsables, remboursés à 65 %, 30 % et 15 % par le Régime obligatoire.

Matériel médical :

Les prothèses d'orthopédie, capillaires de classe III et IV et mammaires ainsi que tout appareillage (hors auditif et optique) pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Véhicules pour handicapés physiques en location courte durée (inscrits au titre IV de la LPP) **:**

Cette garantie couvre **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré pour la location de courte durée d'un véhicule pour handicapé physique, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Prothèses capillaires de classe II, III et IV :

Pour une prothèse capillaire de classe II, **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré est couverte, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.** Pour une prothèse capillaire de classe III ou IV, la dépense exposée par l'assuré est couverte, **à hauteur de la garantie « matériel médical » de la formule souscrite, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire, dans la limite éventuelle du prix limite de vente.**

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.6. Bien-être et prévention :

Médecines douces :

Ce forfait est destiné à couvrir des dépenses de consultations non prises en charge par la Sécurité sociale et réalisées par les praticiens diplômés suivants : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, homéopathe, naturopathe, podologue/pédicure, diététicien/nutritionniste et hypnothérapeute.

Les praticiens doivent être inscrits auprès du registre national de leur spécialité. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ce forfait est valable par séance et dans la limite d'un nombre de séances par année d'assurance prévu au tableau de garanties.

Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 1.

Cures thermales prescrites (remboursées par la Sécurité sociale) :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100 % de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

À ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau de garanties selon le niveau choisi, pour la prise en charge de frais de transport ou de séjour non couverts par la Sécurité sociale.

Dépistage et prévention (actes non remboursés par la Sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge des dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite du forfait prévu au tableau de garanties selon le niveau choisi par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat :

- vaccins prescrits non pris en charge y compris les vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques…),
- traitement antipaludéen pour les voyages,
- substituts nicotiniques,
- médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale mais délivrés en pharmacie,
- matériel de surveillance d'hypertension (auto-tensiomètre) - homologué ANSM-(ansm.santé.fr) ; ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

4.5.7. Packs Optionnels :

Ces packs optionnels permettent d'améliorer le remboursement des prestations dans les limites prévues au tableau de garanties.

Les packs **« hospitalisation et honoraires »**, pack **« optique-dentaire-audio »**, pack **« bien-être et prévention 1 »**, pack **« bien-être et prévention 2 »**, peuvent être souscrits en complément des niveaux 2 à 5, individuellement ou cumulativement, à l'exception des packs « bien-être » qui ne peuvent être cumulés.

L'adhésion aux différents packs optionnels choisis s'appliquera à l'ensemble de la famille, elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article « MODIFICATIONS » ci-après).

Forfait lumière bleue : ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Forfait Basse vision/Malvoyance : ce forfait prend en charge les équipements adaptés pour les assurés concernés par la basse vision/ malvoyance, sur présentation d'une facture acquittée.

Pharmacie prescrite non remboursée et Automédication (inscrite au répertoire VIDAL) :

Ce forfait prend en charge les médicaments prescrits par un professionnel de santé autorisé à prescrire des médicaments dans son domaine, et répertoriés au Vidal, mais qui ne font plus l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Concernant l'automédication, celle-ci a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (autorisation de mise sur le Marché délivrée par l'ANSM agence nationale de sécurité du médicament), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». Cette définition a été retenue par le Comité permanent des médecins européens.

Remboursement sur facture acquittée émise par une pharmacie.

Les frais d'abonnement sportif sont pris en charge pour tout adhérent licencié d'un club, d'une association sportive ou inscrit dans une salle de sport sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise d'effet de la garantie.

Le forfait naissance est versé à l'assuré suite à la naissance ou l'adoption d'enfant mineur et pour chaque enfant. Ce forfait est subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par le CENTRE DE GESTION de l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

Dépistage et prévention : cancers (col de l'utérus, colon, sein), glaucome, troubles de l'audition. Prise en charge de consultations et analyses biologiques non prises en charge par le Régime obligatoire, dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Le contrat bénéficie également :

En inclusion :
D'une garantie assistance et de protection juridique « Recours Médical », dont le détail est reporté en suivant des présentes.

4.6. Ce que le contrat ne prend pas en charge

Ne donnent pas lieu à la mise en œuvre des garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- **les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la franchise médicale annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;**
- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;**
- **les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques ;**
- **les séjours dans les centres hospitaliers pour personnes âgées ou dépendantes ;**
- **les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;**
- **les soins esthétiques, les cures (sauf disposition prévue à l'article 4.5.6) et la thalassothérapie.**

ARTICLE 5. DÉLAI D'ATTENTE

5.1. Délais d'attente à la souscription

Lors de la souscription d'un niveau 1, 2 ou 3, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

Lors de la souscription d'un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.

Cette règle s'applique également en cas d'ajout d'un bénéficiaire. Les délais d'attente ne s'appliquent pas aux packs optionnels.

5.2. Délais d'attente en cas de changement de niveau de garanties

Une modification du niveau de garanties ne peut avoir lieu qu'après 12 mois d'ancienneté dans la formule.

En cas de hausse de garanties en cours d'adhésion, un délai d'attente de 3 mois peut s'appliquer à compter de la date de changement de niveau, comme détaillé ci-dessous :

- pour passer à un niveau 2 ou 3, quel que soit le niveau initial, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.
- pour passer d'un niveau 1, 2 ou 3 sur un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.
- pour passer d'un niveau 4 à un niveau 5, les prestations du niveau 4, hors « soins courants », s'appliquent durant les 3 premiers mois.

Pour les séances et les actes limités à un nombre maximum par an, tels que les séances en « Médecines douces » ou « les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire », les séances ou les actes réalisés durant les 3 premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances ou d'actes prévu pour le niveau souscrit.

En cas de baisse de garanties, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

ARTICLE 6. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

6.1. Ce contrat n'a pas vocation à intervenir en tant que sur-complémentaire. Toutefois, si l'adhérent faisait néanmoins le choix de disposer de plusieurs contrats de complémentaire Santé, les garanties exprimées s'entendent déduction faite des remboursements du Régime obligatoire et des remboursements perçus par le (ou les autres) organisme(s) complémentaire(s) afin de ne pas dépasser les limites des remboursements imposées par le dispositif des contrats responsables.

6.2. Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau de garanties en fonction du niveau souscrit par l'assuré et de la nature des dépenses médicales. Les niveaux des prestations optiques sont établis en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en vigueur.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un membre participant ne peut excéder la dépense réelle. Dans le cas où les soins ont été engagés hors de France, 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.

6.3. Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et l'ORGANISME ASSUREUR, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé (exemple : lorsqu'il ne paie que la part complémentaire des frais médicaux), il doit adresser en suivant de l'indemnisation par la Sécurité sociale :

À l'ORGANISME ASSUREUR (à adresser au service prestations de Macif Santé Prévoyance - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9)

- les décomptes originaux délivrés par la Sécurité sociale,
- les originaux des notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité sociale,
- 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,

ou

AU CENTRE DE GESTION

- les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité…) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance ou en cas de décès d'un assuré,
- toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant

Par ailleurs, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander tout document ou justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire, à l'assuré ou au professionnel de santé, permettant le remboursement des frais médicaux demandés ou bien à des fins de contrôle a priori ou a posteriori, et ce dans un délai équivalent aux règles de prescription du contrat (voir article relatif à la prescription dans les conditions générales).

L'organisme assureur effectuera le règlement des prestations santé dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

6.4. Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée. Les prestations ne sont dues que pour des soins et traitements reçus postérieurement à la date d'effet du contrat (quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident), et en tout état de cause avant la date de prise d'effet de la résiliation du contrat. La mutuelle conserve les documents transmis selon leur type dans le respect des règles définies en interne.

6.5. 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 du membre participant, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

6.6. 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 Macif Santé Prévoyance seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quel qu'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.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel. Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux. Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

6.7. Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

- INTERNET (www.apivia.fr). Suivi du remboursement des prestations 7 jours/7 et 24h/24.
- SERVICE E-MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site www.apivia.fr pour notifier son adresse e-mail. En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 7. TIERS PAYANT

7.1. Pour faciliter l'accès aux soins, Macif Santé Prévoyance a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, un contrat de prestation de service auprès d'un gestionnaire industriel du Tiers Payant.

7.2. Une carte mutualiste est délivrée en 2 exemplaires aux membres participants.

7.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

En cas d'utilisation de sa carte de tiers payant auprès d'un praticien ou d'établissement hospitalier alors que les droits ne sont pas ouverts, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

Macif Santé Prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance ou en déduction des prestations à venir.

ARTICLE 8. DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

8.1. Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et

- au plus tôt le lendemain de la réception du dossier complet par le CENTRE DE GESTION,
- ou au plus tôt le lendemain de la signature électronique.

Si l'adhérent donne mandat à l'organisme assureur pour procéder à la résiliation de son contrat de complémentaire santé détenu auprès d'un

autre organisme assureur, le contrat prend effet le lendemain de la date de prise d'effet de la résiliation de son précédent contrat.

Dans tous les cas, l'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'adhérent, et ne pourra en aucun cas être rétroactive.

8.2. Les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement. En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne pourront donner lieu à un quelconque remboursement.

ARTICLE 9. DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art L221-18 du Code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L221-21 et 22 du Code de la consommation, l'adhérent informe le CENTRE DE GESTION de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

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

• En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
- Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 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 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R.221-3 du Code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au CENTRE DE GESTION votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(ANNEXE à l'article R221-1 du Code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire ***uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat****, en l'adressant par courrier, fax ou mail* ***dans le délai de 14 jours****, à l'attention de :*

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours Cedex 2.
Email : sante.contact@apivia-courtage.fr.

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé : _____

Signé le : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

_____

N° Sécurité sociale de l'adhérent : _____

Nom du Courtier qui vous a démarché : _____

Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues.

Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent : _____
(Signature uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

ARTICLE 10. CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DE GARANTIES

Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son certificat d'adhésion porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, échéance principale, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente ainsi que sa carte de tiers payant, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau de garanties.

ARTICLE 11. DURÉE DE L'ADHÉSION

11.1. L'échéance principale du contrat est la date d'anniversaire du contrat.

11.2. Le contrat est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet.

11.3. Le contrat est ensuite tacitement reconduit chaque année à compter de la date anniversaire du contrat sauf résiliation dans les conditions précisées par l'article relatif à la résiliation.

ARTICLE 12. MODIFICATIONS

12.1. Ajout ou suppression de bénéficiaire

Si l'adhérent souhaite qu'un nouvel assuré bénéficie du contrat, il doit en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. L'affiliation du bénéficiaire prendra effet au plus tôt au 1er du mois suivant la réception de la demande.

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

Cependant, en cas d'ajout d'un bénéficiaire et selon le niveau de garanties souscrit par l'adhérent, un délai d'attente peut s'appliquer au nouveau bénéficiaire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet de l'affiliation conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

Si l'adhérent souhaite qu'un assuré ne bénéficie plus du contrat, il doit également en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. Cette radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que le bénéficiaire ait 12 mois d'ancienneté dans le niveau de garanties. En cas de décès d'un assuré, la radiation intervient à la date du décès et il est procédé au remboursement des cotisations réglées pour la période postérieure.

12.2. Modification suite à un changement de situation

Pendant la durée du contrat, l'adhérent doit informer le CENTRE DE GESTION et/ou l'ORGANISME ASSUREUR de tout changement de situation d'un assuré afin qu'il procède à la modification du contrat, notamment :
- changement de domicile
- changement de Régime obligatoire
- changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage, etc.).

Si cette modification entraîne une augmentation des cotisations, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance pour résilier son contrat, selon les modalités prévues à l'article « Résiliation ».

12.3. Modification du niveau de garanties

Aucune modification du niveau de garantie ne peut avoir lieu pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion.
À l'issue de cette période, l'adhérent peut modifier ses garanties, à la hausse ou à la baisse à tout moment. Le changement de niveau prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande.

La nouvelle garantie est souscrite pour une durée minimum de 12 mois et s'applique à tous les bénéficiaires.

Les garanties sont acquises immédiatement sauf en cas de la souscription d'un niveau 4 ou 5 pour lequel les garanties sont

limitées durant les trois premiers mois à compter du changement de niveau conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

12.4. Modification des packs optionnels

Aucun ajout ou suppression de packs optionnels ne peut être fait pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

À l'issue de cette période de 12 mois, l'adhérent peut ajouter ou supprimer un ou plusieurs packs optionnels à tout moment. Ce changement prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande.

Un pack optionnel est souscrit pour une durée minimum de 12 mois.

ARTICLE 13. RÉSILIATION

13.1. Loi Evin

Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat (excepté la résiliation par l'assureur de l'adhésion pour non-paiement de cotisation).

13.2. Résiliation après un an de souscription

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation et sera confirmée par écrit à l'adhérent.

L'adhérent peut également donner mandat à un nouvel assureur de résilier pour son compte, et dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande de résiliation.

13.3. Résiliation à l'échéance

La résiliation du contrat peut être demandée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat moyennant un préavis d'au moins deux mois.

13.4. Dénonciation pour modification des droits

Conformément à l'article L221-6 du Code de la mutualité, l'adhérent dispose, en cas de modification par la Mutuelle de ses droits et obligations, dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative auquel il est rattaché, d'un délai d'un mois à compter de l'information reçue, pour dénoncer son adhésion en raison de cette modification.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de dénonciation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée le cas échéant d'un justificatif.

13.5. Faculté de résiliation anticipée

En cas de survenance d'un des événements suivants :
- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. Le CENTRE DE GESTION rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de résiliation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée d'un justificatif.

13.6. Moyens de résiliation

Quel que soit le motif, l'adhérent doit adresser sa demande de résiliation au CENTRE DE GESTION ou à l'ORGANISME ASSUREUR par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment :
- par voie électronique via votre Espace adhérent sur le site www.apivia.fr ou sur l'application mobile ;
- par courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante sante.contact@apivia-courtage.fr ;
- par déclaration au siège social de Macif Santé Prévoyance ;
- par acte extrajudiciaire.

L'ORGANISME ASSUREUR confirmera par écrit avoir reçu la demande de résiliation de l'adhérent.

13.7. Conséquence de la résiliation sur les prestations

Aucune prestation ne peut être servie pour des soins effectués après la date de radiation. Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non-paiement est redevable envers l'ORGANISME ASSUREUR d'une dette de quelque nature que ce soit, l'ORGANISME ASSUREUR est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 14. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

14.1. Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, le CENTRE DE GESTION ou l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

14.2. En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement le CENTRE DE GESTION, par courrier, par télécopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

14.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

ARTICLE 15. COTISATIONS

15.1. Détermination des cotisations

15.1.1. Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat.

Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

15.1.2. La cotisation est gratuite pour le 3ème enfant et les suivants. Pour ce calcul, sont considérés comme enfants, les enfants à charge jusqu'à 20 ans inclus, inscrits à la mutuelle sous le contrat du chef de famille.

15.1.3. Les enfants de 21 ans et plus sont considérés comme un adulte et adhèrent à titre individuel à un produit de la gamme, ou s'ils le souhaitent, restent sous le couvert du contrat des parents, en payant une cotisation liée à leur âge, sans notion de gratuité.

15.1.4. La cotisation globale comprend la rémunération de l'entreprise d'assurance et ses intermédiaires versée sous forme de commissions.

15.2. Ajustement des cotisations

À chaque date anniversaire du contrat, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

15.3. Augmentation des cotisations

À chaque date anniversaire du contrat, et en application des décisions de l'assemblée générale de l'ORGANISME ASSUREUR, les cotisations du contrat peuvent subir une augmentation en fonction de ses résultats techniques fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

L'augmentation des cotisations du contrat qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'État en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année d'adhésion.

En cas de modification des remboursements du ou des régimes obligatoires, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

En cas d'augmentation des cotisations, l'adhérent peut résilier son contrat dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de son avis d'échéance.

15.4. Paiement et fractionnement des cotisations

15.4.1. Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année d'assurance l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L111-1 du Code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou l'ORGANISME ASSUREUR pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L221-3 du Code de la mutualité.

À ces cotisations s'ajoutent :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les cotisations statutaires associatives.
- Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

15.4.2. Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au CENTRE DE GESTION, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente « en agence » dite « face à face » ou d'une vente à distance, si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat.

Dans le cadre d'une souscription hors établissement (à domicile), il est rappelé qu'il ne pourra être réclamé à l'adhérent aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la consommation.

Dans tous les cas, le CENTRE DE GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5 au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations. En cas de rejet du prélèvement pour provision insuffisante, le prélèvement pourra être représenté.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité.

15.5. Défaut de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle.

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du Code de la mutualité et à l'article L 113-3 du Code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les quinze jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes d'assurances de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, il est adressé à l'adhérent à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'adhésion sera résiliée dans les quarante jours suivant la date d'envoi de cette lettre, si les cotisations restent impayées.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.
- 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.
- Une clause pénale égale à 20% du principal restant dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

En cas de procédure contentieuse, l'ensemble des frais de recouvrement, y compris ceux du prestataire pourront être demandés à la juridiction compétente.

ARTICLE 16. PRESCRIPTION

La prescription est le délai au-delà duquel une action n'est plus recevable.

Délai de prescription

Le Code de la mutualité dispose à ce sujet dans son article L 221-11 :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant. »

L'article L 221-12-1 du Code de la mutualité précise que :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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. »

Interruption de la prescription

Le Code de la mutualité prévoit également dans son article L 221-12 :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Le Code civil détaille les causes d'interruption ordinaires de la prescription :

• article 2240 du code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

• article 2241 du code civil :

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

• article 2242 du code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

• article 2243 du code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ».

• article 2244 du code civil :

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

• article 2245 du code civil :

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par

le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

• article 2246 du code civil :

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 17. RÉCLAMATIONS

17.1. POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre courtier ou votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation par écrit :

- portant sur la gestion de votre contrat (mise à jour, cotisation, résiliation, annulation) à : Apivia Courtage – Service réclamation Santé – 108 rue Ronsard – CS 87323 – 37073 TOURS Cedex 2, ou adresser un e-mail à : sante.reclamation@apivia-courtage.fr.
- portant sur le remboursement des prestations ou la prise en charge des soins par la mutuelle, à Macif Santé Prévoyance à l'adresse suivante TSA 27270 - 79060 NIORT CEDEX ou via notre site internet www.apivia.fr.

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

ARTICLE 18. MÉDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance par courrier à l'adresse : TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou par internet sur www.mediation-assurance.org.

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

ARTICLE 19. SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

ARTICLE 20. SUBROGATION

L'ORGANISME ASSUREUR est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 21. COMPENSATION

En cas de restitution des sommes versées par les parties en application des présentes, Apivia Courtage est fondée à effectuer une compensation entre le remboursement des cotisations payées par l'adhérent et perçues par Apivia Courtage, d'une part, et le remboursement du règlement des prestations payées par Macif Santé Prévoyance au bénéfice de l'adhérent, d'autre part.

Si le remboursement du règlement des prestations est inférieur au montant payé par l'Adhérent au titre de la cotisation, Apivia Courtage s'engage à rembourser le solde manquant. Au contraire, si le solde est supérieur, l'adhérent s'engage à rembourser le solde manquant à Macif Santé Prévoyance.

ARTICLE 22. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'ORGANISME ASSUREUR et du CENTRE DE GESTION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

L'identifiant unique d'Apivia Courtage délivré par l'éco organisme Citéo est le FR457230_01DDJC.



www.quefairedemesdechets.fr

MUTUALITÉ MEMBRE DE LA FRANÇAISE

Le contrat **Vitamin**[3] sous marque Apivia est assuré par **Macif Santé Prévoyance,** mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage -SAS au capital de 20 000 000 € - RCS Tours 490 625 662 -Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours- ORIAS n°09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

APIVIA par Macif