

LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

ARTICLE 1. LE CONTRAT

Votre contrat n° 9123 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Il est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et engagées entre la date de début et la date de fin de la garantie. Il est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » défini aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets correspondants.

Votre contrat est souscrit dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

ARTICLE 2.**LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT****La date d'effet :**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il court jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les premiers janvier par accord tacite.

ARTICLE 3.**LA RÉVISION DE VOTRE CONTRAT**

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. En particulier, votre contrat sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

ARTICLE 4. LES COTISATIONS**1. Le montant des cotisations**

Le montant de la cotisation due par l'adhérent pour chaque bénéficiaire - défini à l'article 12 - de la garantie est fixé annuellement. Ce montant, éventuellement fonction de l'âge et de la formule, est indiqué aux conditions particulières. La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

En cas de présence d'un tarif enfant, celui-ci est applicable jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^{ème} anniversaire. En outre, le troisième enfant et les suivants sont exonérés de la cotisation dans la même limite d'âge.

En cas de présence d'un tarif par âge, les cotisations sont réajustées pour chaque bénéficiaire à compter du 1^{er} janvier en fonction de son année de naissance. L'âge est calculé par différence de millésimes.

2. Indexation annuelle des cotisations

Une indexation annuelle est effectuée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale des ménages (C.M.T.) publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé ; cette moyenne est calculée sur la base des taux d'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

La cotisation pourra aussi évoluer, compte tenu de la révision prévue au paragraphe 3 (ci-après).

3. Révision des cotisations.

Les cotisations peuvent également être révisées en fonction des résultats techniques du contrat. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

4. Paiement et défaut de paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance trimestriellement par acomptes. Vos cotisations incluent les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet de votre contrat.

Conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du Code des Assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu, dans le respect des conditions prévues par cet article.

ARTICLE 5.**LA REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION AUX ADHÉRENTS**

Un exemplaire de la notice d'information est remis à chaque adhérent.

ARTICLE 6. LES RÉCLAMATIONS

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à votre conseiller. Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litige seraient à adresser à notre Service Qualité - Relations Clientèle à l'adresse suivante :

AXA Entreprises
Secteur Qualité - Relations Clientèle
26 rue Drouot
75458 Paris Cedex 09

Si le désaccord subsistait notre Service Relations Clientèle proposerait alors un recours gratuit au Médiateur et indiquerait les modalités à suivre. Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 3 mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

ARTICLE 7. LE RENONCEMENT

Conformément au Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours qui suit la date du premier versement.

ARTICLE 8. LA PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du code des Assurances).

Ce point de départ peut être modifié :

- si l'adhérent prouve qu'il a eu connaissance du sinistre à une date ultérieure ;
- si l'adhérent fait une déclaration du risque fautive, inexacte ou incomplète ;
- si son action a pour cause le recours d'un tiers à son encontre.

La prescription peut-être interrompue :

- par une citation en justice, un commandement ou une saisie ;
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée concernant le défaut de paiement de la prime ou le règlement de la prestation.

ARTICLE 9.**LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Lorsque les demandes d'adhésion sont présentées par vos soins, vous vous engagez à communiquer, à nous même ou à notre mandataire, les informations concernant les adhérents dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de votre contrat.

En retour, les adhérents ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de se mettre en relation avec notre mandataire ou notre Service Relations Clientèle.

2

LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ADHÉRENTS**ARTICLE 10.****LES CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT****1. Les régimes de Sécurité sociale acceptés**

Les régimes de Sécurité sociale acceptés par le présent contrat sont :

- le Régime général de la Sécurité sociale (travailleurs salariés) et les régimes assimilés ;
- les Régimes des Travailleurs Non Salariés.

2. Groupe assuré

Pour adhérer au contrat, vos membres doivent :

- répondre aux critères définis aux conditions particulières ;
- remplir une demande d'adhésion fournie par l'assureur ou son mandataire ;
- produire un certificat de radiation, comportant le montant des garanties de leur précédent contrat, s'ils bénéficiaient jusqu'à la veille de leur demande d'admission d'un contrat d'assurance frais de santé ;

Lors de l'adhésion, il peut être proposé à l'adhérent plusieurs formules de garanties. Dans ce cas la formule de garantie retenue doit être identique pour tous les bénéficiaires. Elle est mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou le certificat de garantie. Les membres adhérents non salariés pouvant bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la Loi n° 94-126 du 11 Février 1994, dite Loi Madelin, doivent également justifier qu'ils sont à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, en produisant avec leur formulaire d'adhésion une copie de leur carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Vieillesse.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'assureur que par l'adhérent (Article L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 11. LA DURÉE DE LA GARANTIE**Le début de la garantie**

L'assurance prend effet, sous réserve de l'encaissement de la

première prime ou du premier acompte, à la date d'effet souhaitée par l'adhérent et au plus tôt :

- à la date de réception du dossier complet de demande d'adhésion dûment rempli et signé par l'adhérent

et

- à la date à laquelle nous avons donné notre acceptation, avec application s'il y a lieu des délais d'attente prévus au chapitre III - article 15.

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie.

La fin de la garantie

L'assurance prend fin pour chaque adhérent :

- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il ne fait plus partie du groupe assuré ;
- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de l'adhésion sous réserve que l'adhérent l'ait notifiée à l'assureur, ou à son mandataire, par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion dès qu'il adhère à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel l'assureur, ou son mandataire, en aura eu connaissance ;
- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il a atteint son 60^{ème} anniversaire de naissance pour les frais de cures thermales - si cette garantie est prévue aux conditions particulières - cette disposition étant également applicable aux bénéficiaires ;
- en cas de cessation de paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 4-4 ;
- en cas de résiliation du contrat.

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne celle des membres de sa famille, sauf en ce qui concerne le conjoint survivant et ses enfants - tels que définis à l'article 12 - lorsque la cessation des garanties est consécutive au décès de l'adhérent et sous réserve que le conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties qui lui sont maintenues.

LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies aux conditions particulières, qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement de frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

ARTICLE 12 :

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

1. Définition des bénéficiaires

L'adhérent et ses ayants-droit bénéficient de la garantie.

Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après :

- son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale. Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué ;
- ses enfants et ceux de son conjoint :
 - s'ils sont à leur charge au sens de la Sécurité sociale et sont âgés de moins de 20 ans,
 - s'ils sont âgés de moins de 28 ans et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - être affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ;
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à l'ANPE et ayant terminé leurs études depuis moins de six mois ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérées comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - 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 21^{ème} anniversaire.

En cas de changement de situation de famille, il est appliqué les dispositions suivantes :

- en cas de mariage, le conjoint a la faculté d'adhérer au contrat, la date d'effet étant fixée au premier jour du trimestre qui suit la date de la demande. Si celle-ci est formulée dans les 60 jours qui suivent le mariage, les garanties sont acquises sans délai d'attente. Dans le cas contraire les délais d'attente, prévus à l'article 15, s'appliquent.
- en cas de naissance d'un enfant de l'assuré, les garanties sont accordées pour cet enfant, à effet de la date à laquelle l'assureur a eu connaissance de la naissance. Si la notification est effectuée dans les 60 jours qui suivent la date de la naissance, les garanties sont acquises sans délai d'attente. Dans le cas contraire, les délais d'attente, prévus à l'article 15, s'appliquent.

ARTICLE 13.

FORMULES DE GARANTIES RÉGIME DE BASE ET OPTIONS

Lors de son adhésion, il est proposé à l'adhérent un ensemble

minimum obligatoire de garanties. Cet ensemble de garanties est dénommé « Régime de base ».

La possibilité d'améliorer le niveau de certaines de ces garanties est donnée à l'assuré au moment de son adhésion, par le choix d'options facultatives suivantes, libellées comme suit :

- CV1, CV2 et CV3 pour les consultations et les visites ;
- FM1, FM2 et FM3 sur les autres types de frais médicaux ;
- D1, D2 et D3 pour les soins dentaires, l'orthodontie et les prothèses dentaires ;
- OP10 et OP15 pour l'optique ;

Les options décrites ci-dessus ne sont couvertes que si elles sont expressément choisies sur le bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance.

ARTICLE 14. MODIFICATION DES GARANTIES

Lorsqu'il est proposé à l'adhérent plusieurs formules de garanties, celui-ci a la possibilité, chaque année de modifier la formule retenue, sous réserve que la formule reste identique pour tous les bénéficiaires. La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, TROIS MOIS avant la date de renouvellement du contrat

Augmentation des garanties

Toute demande d'augmentation de garantie donne lieu à application des délais d'attente prévus à l'article 16 ci-dessous pour le supplément des garanties demandé.

Diminution des garanties

Toute demande de diminution de garantie peut être accordée sous réserve que celle-ci ne fasse pas suite à une demande d'augmentation les deux années précédant la demande de diminution.

ARTICLE 15.

RISQUES COUVERTS - RISQUES EXCLUS

Nous couvrons tous les risques d'accident ou de maladie, à l'exclusion des risques définis ci-après, étant précisé que ces exclusions ne s'appliquent pas aux garanties visées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, afin de conserver au contrat sa qualité de « responsable » :

- Les accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire du contrat et de ceux qui résultent de mutilation volontaire ;
- Les accidents et maladies occasionnés par une guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, rixe, actes de terrorisme dans lesquels le bénéficiaire a pris une part active, étant précise que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- Les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutif à un accident ;
- Les conséquences d'une maternité non pathologique ; il est toutefois précisé qu'au cas où l'accouchement donnerait lieu à un acte chirurgical couvert par le présent contrat, les frais de séjour seraient pris en charge à compter du 6^{ème} jour ;
- Les frais antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation ;
- Les accidents ou maladies dus à la transmutation du noyau de l'atome ;
- Les frais engagés pendant les périodes d'attente ;
- Les frais dont la date effective des soins est antérieure à la date d'entrée en vigueur ou postérieure à celle de cessation des garanties ;

ARTICLE 16. DÉLAIS D'ATTENTE

La prise en charge des frais par l'assureur entre en vigueur pour chacun des bénéficiaires admis à l'assurance :

Sans délai d'attente en ce qui concerne :

Les personnes ayant bénéficié jusqu'à la veille de leur adhésion d'un contrat comportant des garanties d'un montant au moins égal à celles qu'elles désirent souscrire, sous réserve qu'elles en apportent la preuve formelle par une justification du montant de leurs précédentes garanties.

Si elles ne peuvent fournir le montant exact des garanties assurées précédemment, il leur sera appliqué d'office une garantie minimum égale au ticket modérateur (base régime général des salariés), pendant une période correspondant au délai d'attente prévu ci-après, période au-delà de laquelle les nouvelles garanties entreront en vigueur, étant précisé, que les frais consécutifs à un accident ne sont pas visés par cette mesure.

Après le délai d'attente fixé ci-après dans tous les autres cas, à partir de la date d'effet de l'adhésion :

Concernant les prestations de base :

- dix mois pour tous les frais ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles et les cures thermales ;
- trois mois pour l'hospitalisation.

Concernant les prestations optionnelles :

- trois mois pour tous les frais,

Il est précisé que :

- les frais prévus au titre des garanties minimales à prendre en charge conformément aux articles R 871-1 et R 871-2

(pharmacie, consultations, analyses et examens de laboratoire) ne sont pas soumis à délai d'attente

- les frais consécutifs à un accident ne sont pas soumis à délais d'attente. Par « accident » il faut entendre les risques résultant directement d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime constituant la cause d'un dommage corporel.

ARTICLE 17.

NOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

Nous remboursons à l'adhérent, en fonction des garanties et limites décrites dans les conditions particulières, les frais exposés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé. Les actes ou dépassements d'honoraires qualifiés de hors nomenclature par la Sécurité sociale ne sont donc pas remboursés.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations remboursables, et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite aux conditions particulières.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale, sauf mention contraire aux conditions particulières.

Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité sociale et/ou s'ils ont été prévus aux conditions particulières.

4

GARANTIES ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Dans tous les cas, si son décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, le bénéficiaire n'a pas à nous le faire parvenir. Les prestations décrites ci-après ne sont couvertes que si elles sont expressément mentionnées aux conditions particulières.

LES PRESTATIONS

LA MÉDECINE COURANTE

- les consultations, les visites, les actes de petite chirurgie ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les examens médicaux (analyses biologiques et autres examens de laboratoire, radiographies, actes d'imagerie, échographies et doppler).

LA PRÉVENTION

- les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché ;
- un examen de dépistage de l'hépatite B ;
- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum).

LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE

L'original du décompte de la Sécurité sociale ou quittance et attestation de paiement dans le cadre de soins externes (*) (sauf si le bénéficiaire utilise le tiers payant).

(*) Sont considérés comme soins externes les consultations, actes et soins pratiqués en milieu hospitalier

La prescription médicale et l'original du décompte de la Sécurité sociale.

LES PRESTATIONS

LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE

LES FRAIS DE TRANSPORT

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale.

LA PHARMACIE

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si le bénéficiaire utilise le tiers payant).

LE DENTAIRE

- les consultations, les soins courants (hors inlays onlays) ;
- les prothèses et inlays onlays pris en charge par la Sécurité sociale ;
- les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale.

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale. Pour les prothèses et les actes hors nomenclature, l'original de la facture détaillée de tous les actes.

L'OPTIQUE

- la monture ;
- les verres (par paire) (remboursement forfaitaire en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale pour l'ensemble verres et monture, par année civile et par bénéficiaire) ;
- les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire).

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale. Pour les lunettes : l'original de la facture. Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture.

L'AUDITIF

- les prothèses auditives garanties correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les quatre ans, par bénéficiaire.

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée.

LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERSES

(autres que les prothèses dentaires et auditives)

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée.

L'HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE

- les frais de séjour ;
- les honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- le forfait journalier ;
- la chambre particulière ;
- le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans.

▶ En secteur privé : l'original du bordereau légal acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation. L'original de la facture dans les autres cas. En secteur public : l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement. Dans les deux cas ci dessus : les notes de dépassement d'honoraires.

LA MÉDECINE DOUCE

- consultations ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, dans la limite globale de 3 séances par an et par bénéficiaire

▶ L'original du décompte de la Sécurité sociale et/ou l'original de la facture.

LA MATERNITÉ

- en cas de naissance d'un enfant né de l'assurée ou du conjoint bénéficiaire de l'assurance d'un assuré, nous versons une allocation

▶ Un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

Quelques informations supplémentaires

Nous pouvons être amenés à demander une copie de la pièce d'identité en cours de validité du bénéficiaire ou un extrait de son acte de naissance datant de moins de trois mois. Nous, ou notre mandataire, conserverons les pièces justificatives que le bénéficiaire nous transmettra pendant le délai légal qui nous est applicable.

À défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale. La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées. Nous, ou notre mandataire, pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de votre garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

ARTICLE 18. DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion de chaque adhérent prend effet dans les conditions prévues à l'article 11.

ARTICLE 19. GROUPE ASSURÉ

Pour adhérer au contrat vos membres doivent satisfaire aux dispositions de l'article 10.2 des conditions générales et répondre aux critères suivants :

- être adhérents de l'association MEDIFORCE ET SANTE et appartenir au corps médical ;
- être en situation d'activité professionnelle au jour de leur adhésion ;
- être âgés de moins de 71 ans au jour de leur demande d'adhésion ;
- être affiliés au régime de Sécurité sociale des Travailleurs non Salariés ; ou au régime général de la Sécurité sociale des travailleurs salariés
- être à jour du paiement de leur cotisation au titre des régimes légaux de la Sécurité sociale ;

- que leurs ayants droit soient affiliés à l'un des régimes de la Sécurité sociale acceptés, prévus à l'article 10.1.

ARTICLE 20. TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale, sauf mention contraire.

Nos prestations sont calculées acte par acte et ne peuvent excéder les frais réellement exposés ; elles sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

CATÉGORIE DE FRAIS	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	OPTIONS FACULTATIVES SE SUBSTITUANT AUX GARANTIES DU RÉGIME DE BASE
MÉDECINE COURANTE <ul style="list-style-type: none"> • Consultations généralistes ou spécialistes et visites 	100 % du TM	CV 1 : 100% de la BR CV 2 : 200% de la BR CV 3 : 300% de la BR ⁽¹⁾
<ul style="list-style-type: none"> • Examens médicaux : analyses biologiques, actes d'imagerie, échographie et doppler • Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... • Actes techniques médicaux et actes de chirurgie 	100 % du TM	FM 1 : 100% de la BR FM 2 : 200% de la BR FM 3 : 300% de la BR
MÉDECINE DOUCE <ul style="list-style-type: none"> • Les séances d'ostéopathie, de chiropraxie ou d'acupuncture⁽²⁾ dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire de trois séances et d'un forfait de : 	Forfait annuel de 1,75 % du PMSS	Pas d'option : application du régime de base
PHARMACIE	100 % du TM	Pas d'option : application du régime de base
PRÉVENTION <ul style="list-style-type: none"> • les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle de : • une consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans • le Dépistage de l'hépatite B • un détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en deux séances maximum 	6 % du PMSS 1,25 % du PMSS 100 % de la BR 100 % du TM	Pas d'option : application du régime de base Pas d'option : application du régime de base
LES FRAIS DE TRANSPORT	100 % de la BR	Pas d'option : application du régime de base

CATÉGORIE DE FRAIS	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	OPTIONS FACULTATIVES SE SUBSTITUANT AUX GARANTIES DU RÉGIME DE BASE
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> consultations et les soins courants (hors inlays onlays) les prothèses et inlays onlays pris en charge par la Sécurité sociale 	100 % de la BR	DE 1 : 100% de la BR DE 2 : 200% de la BR DE 3 : 300% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale 	50 % de la BR	
<ul style="list-style-type: none"> les actes non pris en charge par la Sécurité sociale cités ci-après et réalisés en France, dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> les implants dentaires sur la base d'un forfait par année civile et par bénéficiaire 		DE 2 : 200 € DE 3 : 300 €
OPTIQUE <ul style="list-style-type: none"> le forfait optique verres et monture (remboursement limité à une paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire) 	Forfait global : 5 % du PMSS en vigueur à la date des frais	OP 10 : forfait global 10 % du PMSS en vigueur à la date des frais OP 15 : forfait global 15 % du PMSS en vigueur à la date des frais
<ul style="list-style-type: none"> les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire) 	5 % du PMSS en vigueur à la date des frais	OP 10 : 10 % du PMSS en vigueur à la date des frais OP 15 : 15 % du PMSS en vigueur à la date des frais
L'AUDITIF <ul style="list-style-type: none"> les prothèses auditives Garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les quatre ans par bénéficiaire 	40 % de la BR	Pas d'option : application du régime de base
LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERSES (hors prothèses dentaires et auditives)	40 % de la BR	Pas d'option : application du régime de base
HOSPITALISATION⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> frais de séjour (établissement public ou privé) <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation médicale ou chirurgicale en établissement conventionné 	100 % des FR – SS	
<ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation médicale ou chirurgicale en établissement non conventionné 	90 % FR – SS ; dans la limite de 300 % de la BR Conventionné	
<ul style="list-style-type: none"> honoraires médicaux et chirurgicaux : <ul style="list-style-type: none"> - établissements conventionnés 	100 % des FR – SS, dans la limite de 300 % de la BR	
<ul style="list-style-type: none"> - établissements non conventionnés 	90 % des FR – SS, dans la limite de 300 % de la BR Conventionné	Pas d'option : application du régime de base
<ul style="list-style-type: none"> le Forfait Journalier 	100 % des FR	
<ul style="list-style-type: none"> la Chambre particulière (par jour) 	2,50 % du PMSS	
<ul style="list-style-type: none"> lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans avec un maximum de 30 jours par année civile (par jour) 	0,50 % du PMSS	

CATÉGORIE DE FRAIS	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE	OPTIONS FACULTATIVES SE SUBSTITUANT AUX GARANTIES DU RÉGIME DE BASE
CURES THERMALES <ul style="list-style-type: none"> les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport 	15 % du PMSS	Pas d'option : application du régime de base
MATERNITÉ⁽⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> la chambre particulière (par jour) un forfait destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples. Au delà du 5^{ème} jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation 	2,50 % du PMSS 15 % du PMSS	Pas d'option : application du régime de base

Quelques définitions

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

TM : Ticket modérateur = Base de Remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 €.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale

FR : Frais réels

⁽¹⁾ Les consultations et visites de psychiatres et neuropsychiatres sont limitées à 200 % de la BR

⁽²⁾ Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

⁽³⁾ Ces frais doivent être exposés exclusivement en hôpital ou en clinique. Pour l'hospitalisation à domicile, nous prenons en charge les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nous prenons en charge les frais exposés dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale, consécutifs à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale ayant donné lieu à exonération du ticket modérateur par la Sécurité sociale.

Nos remboursements sont limités à 30 jours par année civile :

- pour les séjours en établissements publics ou privés en raison d'une maladie nerveuse ou mentale,
- pour les séjours en maison d'enfant à caractère sanitaire.

Les frais d'hébergement et de traitement réalisés en établissement de postcure, en centre de rééducation professionnelle ou centre spécialisé de soins toxicomanes ne sont pas remboursés.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6^{ème} jour d'hospitalisation, les 5 premiers jours étant pris en charge au titre du forfait maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

⁽⁴⁾ Remboursement dans la limite des frais réels. Il est convenu que cette allocation exclut le remboursement des frais imputables à un accouchement normal.

Lorsque l'accouchement donne lieu à une intervention chirurgicale figurant dans la nomenclature générale des actes professionnels, le remboursement de l'assureur est effectué au titre de la garantie « hospitalisation médicale et chirurgicale » ; ce remboursement exclut tout versement au titre de la garantie « maternité » (forfait et chambre particulière).

ARTICLE 21. COTISATIONS

La cotisation est due annuellement ; elle est perçue d'avance par acomptes trimestriels.

La cotisation est majorée pour les exercices suivants au 1^{er} janvier de chaque année selon les dispositions de l'article 4.2.