

ALPHA PLUS SANTE 2017 2018

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion

Produit choisi : celui porté au certificat d'adhésion

CONDITIONS GENERALES ALPHA PLUS SANTE 2017/2018

1 : PREAMBULE

Il a été conclu entre l'Association des Assurés de REPAM et MUTUALIA, les Conventions d'assurance de groupe N° 2016INDIV100 – ALPHA PLUS SANTE 2017/2018 à adhésion facultative, régies par le Code de la Mutualité et GARANTIE ASSISTANCE sous les N° 126311/679 pour l'assistance.

Les Conventions ont pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Adhérent et les membres de sa famille. Elles reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Adhérent.

Contrats responsables :

La présente convention d'assurance s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables ». Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quel que soit la formule choisie. **En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'Assurance Maladie. Elles prennent en compte les minimum et maximum de garanties définies par le décret du 18/11/2014. En cas de nouvelles modifications des conditions du contrat responsable, elles seront automatiquement adaptées à ses nouvelles conditions de mise en œuvre. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.**

2 : DEFINITIONS

ADHERENT :

La personne qui adhère au contrat et qui est à jour de ses cotisations.

BENEFICIAIRES :

- Son conjoint (L'époux ou l'épouse de l'adhérent non séparé de corps judiciairement)
- Son concubin (La personne vivant en concubinage avec l'adhérent sous réserve que l'adhérent et son concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et qu'ils n'aient pas conclu de PACS)
- La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil.
- Les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve :
 - Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
 - Qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - . Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55% du SMIC ;
 - . Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - . Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
- Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études

MALADIE :

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimum comprend une nuit complète.

SOINS DE VILLE :

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
- le tarif servant de base au remboursement,
- le taux de participation du régime obligatoire,
- la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire,
- les frais réellement engagés par vous,
- la formule que vous avez retenue.

R.O. : Régime obligatoire.

T.A. : Tarif d'Autorité. Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

T.R. : Tarif de Responsabilité

Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

T.M. : Ticket Modérateur

La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

A.M. : Assurance Maladie

TARIF DE BASE DE REMBOURSEMENT DE L'A.M (TBRAM): Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

DELAI D'ATTENTE :

Les garanties sont accordées sans délai d'attente. Un délai de 3 mois est toujours appliqué sur toutes les formules pour le forfait Maladies redoutées (garanties renforcées)

3 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par REPAM (et ce avant le 31 décembre de leur 65^{ème} anniversaire pour la seule formule ALPHA R4). L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant le produit choisi.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en aurez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux
- Un changement de profession ou d'activité professionnelle d'un bénéficiaire entraînant un changement de régime obligatoire

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances, nous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.

Sous réserve d'acceptation par l'Association des Assurés de REPAM, **les garanties sont immédiatement viagères**, à l'exception des garanties maladies redoutées qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65^{ème} anniversaire.

Tous les membres de la famille de l'assuré doivent souscrire à la même formule que l'assuré

4 : PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre certificat d'adhésion.

Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de base de remboursement ou de Responsabilité de l'Assurance Maladie française quel que soit le pays où ont été effectués les soins, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Les soins à l'étranger ne sont pris en charge que s'ils sont inopinés.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale en vigueur au 01/06/2016.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime Obligatoire sont revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, REPAM se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Conformément à la loi, le cumul des divers remboursements obtenus par un Adhérent (Régime Obligatoire, autre organisme, REPAM) ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription est de 2 ans pour le paiement des prestations, à partir de la date des soins. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de l'Assurance Maladie.

PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité :

Les honoraires en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O). Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite 100 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)

Hospitalisation – autres disciplines - maisons de repos et assimilés :

Les honoraires conventionnés en soins de suite, maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, moyens séjours, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, établissements climatiques, diététiques, les cures avec hospitalisations (à l'exclusion de la thalassothérapie), les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse pris en charge par l'Assurance Maladie, ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O). Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite 100

% du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)

Neuropsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie et assimilés :

Les traitements de neuropsychiatrie, neurologie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit la formule choisie :

*- Hospitalisation en établissement conventionné (séjours et honoraires) sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du remboursement du R.O). **La chambre particulière est exclue***

- Consultations généralistes et spécialistes sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

Optique :

La garantie optique prévoit un équipement complet (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois. Cette période est ramenée à 12 mois pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les garanties optique couvertes à 100 % du TBRAM (sous déduction du R.O) ne sont pas limitées.

Définition des verres :

Verres A : Verre simple foyer dont sphère entre - 6.00 et + 6.00 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4.00 dioptries

Verres C : Verre simple foyer dont sphère hors zone - 6.00 à + 6.00 dioptries ou cylindre supérieur à + 4.00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres F : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone - 8.00 à + 8.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries.

Forfaits :

Les forfaits annuels s'entendent de date à date des soins.

Dentaire :

*Les plafonds dentaires s'entendent par année d'adhésion. **NOTA :** Si de nouveaux soins ou prothèses dentaires sont effectués à l'assuré après l'utilisation du plafond annuel, ces soins ou prothèses dentaires correspondant à de nouvelles factures seront remboursés à hauteur du ticket modérateur.*

Montant des garanties

Les garanties s'entendent sous déduction du régime obligatoire à l'exception. Leurs niveaux sont précisés dans le tableau des garanties.

5 : COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à REPAM dans les trois mois qui suivent le paiement de l'Assurance Maladie ou la naissance d'un enfant :

- les décomptes originaux de l'Assurance Maladie

- les notes ou factures acquittées,

- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance

En cas de règlement du ticket modérateur par l'assuré, vous devez nous joindre un reçu du paiement.

A défaut de justification de frais réels par notes d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif Base de Remboursement de l'A.M.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en France et en Euros.

NOTA :

Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de l'Assurance Maladie sur lesquels l'Assurance Maladie aura indiqué son message du type : "Nous avisons directement la Mutuelle. des prestations que nous vous avons remboursées."

Les justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires: facture détaillée émise par l'Assurance Maladie

- frais d'optique : facture détaillée et prescription médicale

- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement,

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un

traitement manuel à **condition de le spécifier par écrit à votre Unité de Gestion** en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Cas des assureurs multiples :

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Expertises médicales :

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci refusait de se soumettre au contrôle de notre Médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente assurance :

- **Les prestations non indiquées dans cette notice**
- **Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.**
- **Les actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi**
- **Les séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale.**
- **Tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie**
- **Les frais de TV en cas de maternité (avec ou sans complication), en cas d'hospitalisation en soins de suite, maison de repos, convalescence, réadaptation, rééducation, psychiatrie, longs et moyens séjours et toutes disciplines autres que médicales ou chirurgicales.**

7 : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 8.

MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'assuré(e) peut demander la modification de ses garanties. Ces changements de formule peuvent se faire chaque année, à l'échéance annuelle, sous réserve des limites d'âge d'accès au produit.

En cas d'augmentation des garanties, les plafonds de 1^{ère} et 2^{ème} année du nouveau produit sont applicables. Tout changement de formule annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution des renforts fidélité.

8 : RESILIATION

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum. La date d'échéance principale est celle figurant sur le certificat d'adhésion.

L'Adhérent peut être radié à l'échéance principale chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (Articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité),
- b) en cas de non-paiement des cotisations (Articles L221-7 et L221-8 du code la Mutualité),
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues : la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,

e) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés de REPAM ou par les assureurs à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association des Assurés s'engage à en informer chaque Adhérent).

Il en est de même pour les bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion.

La résiliation, renonciation, radiation ou exclusion, entraîne pour l'assuré l'obligation de restituer la carte tiers payant, sous peine de poursuites pénales et, pour ceux qui en bénéficient et les originaux de l'assurance individuelle scolaire.

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément aux articles L. 121-16 et suivants du code de la consommation, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à REPAM selon le modèle de lettre qui suit :

Je soussigné.....(nom, prénom) demeurant.....(adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance N°(inscrire le numéro) que j'ai souscrit le.....(date).

Date Signature du Souscripteur

9 : COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2018 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire). Au-delà, elle est fonction de l'âge à l'adhésion de l'adhérent, du produit choisi et de la consommation médicale des groupes assurés par la présente convention.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Adhérent, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière conformément au Code de la Mutualité.

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France Métropolitaine).

A l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus et après un nouveau délai de 10 jours, REPAM résiliera de plein droit le contrat.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Adhérent n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues jusqu'à l'échéance annuelle précisée aux conditions particulières.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : la suspension de la garantie et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

10 – SUBROGATION :

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

11 : GENERALITES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de LYON à la requête de la partie la plus diligente.

Les **Conventions** auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par l'Association des Assurés de REPAM, dont le siège est au 65, Boulevard Vivier-Merle, 69003 LYON auprès de

MUTUALIA SUD EST

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité
SIREN N° 449571256

Mutuelle affiliée à la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des
Mutuelles)

TVA intra-communautaire : exonération article 261C du C.G.I.

Siège social : 75, avenue Gabriel Péri

38400 SAINT MARTIN D'HERES

Sous le N° 2016INDIV100 – ACTIF 2017/2018

BON A SAVOIR :

MUTUALIA est une mutuelle de droit français dont les activités sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75009 PARIS

En cas de réclamation, adressez-vous en priorité à votre interlocuteur habituel. Nous nous engageons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et le plus objectivement possible.

En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à votre première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à votre dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

REPAM – Service Qualité
65 Bld Vivier Merle
69482 LYON CEDEX

Nous nous engageons à vous apporter une réponse dans le délai maximum de 15 jours.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société (Loi du 6 janvier 1978).

ANNEXE 1

GARANTIES RENFORCEES FORFAIT MALADIES REDOUTEES

1 - OBJET DE LA GARANTIE :

L'assurance aura pour objet de garantir au bénéficiaire, adhérent aux formules Alpha R2, Alpha R3 ou Alpha R4 un capital défini par le produit choisi, en cas de survenance d'une des maladies redoutées énumérées ci-après.

2 - MALADIES REDOUTEES :

Par maladie redoutée, on entend l'une des maladies définies comme suit :

SCLEROSE EN PLAQUES :

Cette maladie du système nerveux est caractérisée par l'existence de petites lésions disséminées en n'importe quel point de la substance blanche, que ce soit dans le cerveau, le cervelet, le tronc cérébral ou la moelle épinière.

INFARCTUS DU MYOCARDE :

Il s'agit de la nécrose d'une zone de muscle myocardite dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associé à une augmentation des enzymes cardiaques.

CORONAROPATHIES :

La coronaropathie se définit par l'intervention chirurgicale subie pour corriger le rétrécissement ou le blocage de deux ou plusieurs artères coronaires avec pontage chez les personnes qui présentent des symptômes angineux restrictifs, mais à l'exclusion des techniques non chirurgicales telles que l'angioplastie avec ballon ou la suppression d'une obstruction par laser. Sont prises en considération les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale avec au moins un double pontage coronarien.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL :

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de quinze jours.

CANCER :

Le cancer est défini comme toute tumeur maligne à l'exception des cancers in situ non invasifs, des tumeurs dues à la présence de virus humain immuno-déficient et des cancers de la peau sauf, dans ce dernier cas, si le diagnostic de mélanome malin a été posé. Les leucémies, autres que la leucémie lymphoïde chronique, sont assimilées à un cancer.

INSUFFISANCE RENALE :

Il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou à une hémodialyse.

GREFFE D'ORGANE :

Sont retenues les greffes d'organes principaux : greffe du cœur, et des poumons, du foie, du pancréas et du rein. La greffe de moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

3 - MONTANT DES GARANTIES

La garantie est de 200 € pour la formule Alpha R2 et de 300 € pour les formules Alpha R3 et Alpha R4. Elle est diminuée de moitié à compter du 60^{ème} anniversaire du bénéficiaire.

4 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE :

Pour cette garantie, un délai d'attente de 3 mois à compter de la prise d'effet du contrat sera toujours appliqué.

En cas d'apparition d'une des maladies redoutées, énumérées ci-dessus, pendant les 3 premiers mois d'adhésion, ou si elle est connue lors de l'adhésion, aucun capital ne sera versé par l'Assureur.

5 - CESSATION DE LA GARANTIE :

La garantie renforcée

" Maladies redoutées" cesse dès la résiliation du contrat et, au plus tard, au 65^{ème} anniversaire du bénéficiaire.

Association des Assurés de REPAM

STATUTS

Article 1 :

Il est fondé une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre ASSOCIATION des ASSURES de REPAM.

Article 2 :

Cette Association a pour but d'étudier, d'organiser et de promouvoir toute forme de prévoyance, assurant aux personnes physiques, quel que soit leur statut social, à titre individuel ou collectif, des prestations complémentaires aux régimes légaux dont elles relèvent et adaptées à leur activité professionnelle.

Article 3 :

Le siège social est fixé à Lyon. Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 4 :

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 : ADMISSION

Pour faire partie de l'Association, il faut être agréé par le bureau qui statue lors de chacune de ses réunions, ou par un mandataire sur les demandes d'admission présentées.

Article 6 : RADIATION

La qualité de membre se perd par :

- Démission
- Décès
- Radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou pour motifs graves tels qu'abus entraînant le versement de prestations non justifiées nonobstant le remboursement desdites prestations.

Article 7 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association comprennent :

- Le montant du droit d'entrée, de la participation aux frais de gestion et des cotisations.
- Toutes ressources autorisées par la loi.

Article 8 : FONDS SOCIAL

Il est constitué un fonds social par prélèvement sur les excédents annuels, se dégageant après imputation des dépenses de gestion, sur les cotisations perçues.

Ce fonds est utilisé sous la responsabilité du Conseil d'Administration pour l'attribution de secours individuels aux membres se trouvant dans des cas de détresse grave, pour l'octroi d'indemnités, compensant partiellement des prestations d'assurances non dues en application directe des dispositions contractuelles.

Article 9 :

L'Association se compose de membres actifs : sont considérés comme tels, les personnes physiques ou morales ayant acquitté les cotisations dues à l'Association et à tout organisme d'Assurances ou de Mutualité ayant contracté avec elle.

Article 10 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration de 5 membres maximum, élus pour 3 ans par l'Assemblée Générale. Ils sont rééligibles.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de

- 1/ Un Président,
- 2/ Un ou plusieurs Vice-président s'il y a lieu,
- 3/ Un Secrétaire et s'il y a lieu, un secrétaire adjoint,
- 4/ Un Trésorier et s'il y a lieu, un trésorier adjoint.

En cas de vacances, le Conseil d'Administration pourvoit par cooptation au remplacement provisoire de ses membres. Il procède au remplacement définitif à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 11 : REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois, sur convocation du Président ou sur la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix : en cas de partage, la voix du Président est prépondérante, sauf si le vote est effectué à bulletin secret.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être considéré comme démissionnaire. Nul ne peut faire partie du Conseil d'Administration s'il n'est pas majeur.

Article 12 : ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association. Elle se réunit chaque année.

Les Adhérents sont convoqués par voie d'insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social de l'Association, quinze jours avant la tenue de l'assemblée.

Le Président, assisté des membres du Conseil, préside l'Assemblée et expose la situation morale de l'Association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres du Conseil sortant.

Ne devront être traitées, lors de l'Assemblée Générale, que les questions mises à l'ordre du jour.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 13 : ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Si besoin est, ou sur demande de la moitié plus un des membres inscrits, le Président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, suivant les formalités prévues à l'Article 12.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 14 : REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale.

Ce règlement est destiné à compléter les dispositions statutaires, notamment celles qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Article 15 : MODIFICATIONS DES STATUTS

Toute modification devra être approuvée par deux tiers au moins des membres présents à l'Assemblée Générale.

Article 16 : DISSOLUTION, FUSION, UNION

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées sur proposition du Conseil d'Administration que par une Assemblée Générale Ordinaire, qui statue dans les conditions prévues à l'article 13 ci-dessus. L'affiliation à un groupement poursuivant un but social analogue, donne, le cas échéant, lieu à une décision de l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les présents statuts ont été approuvés par l'Assemblée Constitutive du 31.12.93.

Association des Assurés de REPAM

REGLEMENT INTERIEUR

Article 1 : Objet

Le règlement intérieur est destiné à compléter les statuts de l'Association, expliciter les règles du Code des Assurances et les dispositions des contrats auprès des divers Assureurs ou Association. En l'absence de clauses particulières, les règles du Code des Assurances s'appliquent ainsi que celles prévues par les contrats souscrits.

Ce règlement est valable pour l'ensemble des Adhérents.

Article 2 : Conditions de garanties

Les conditions dans lesquelles les adhérents sont assurés sont énumérées dans les contrats proposés par l'Association des Assurés de REPAM.

La demande d'adhésion à l'Association entraîne l'acceptation des statuts, du règlement intérieur et des garanties proposées. Elle est considérée comme acceptée lors de la délivrance du certificat d'adhésion.

La délivrance du certificat d'adhésion ne peut signifier prise en charge des risques puisqu'il convient de se reporter aux conventions prévues par le ou les contrats souscrits, notamment en ce qui concerne la date d'effet des garanties, les délais de stage, les exclusions générales ou particulières.

Article 3 : Frais de dossiers, cotisation à l'Association

Adhérents individuels ne souscrivant pas de garantie : cotisation statutaire annuelle de 1.52 €

Autres adhérents :

L'adhésion à l'Association comporte un droit d'entrée (frais de dossier) et une cotisation annuelle et ce en plus de la prime d'assurance correspondant à la garantie souscrite.

A compter du 01.01.2013, les montants sont respectivement fixés à :

- Droit d'entrée : 20 € (frais de dossier) à l'exclusion des contrats collectifs entreprise.
- Cotisation statutaire adhésion individuelle : Néant

Pour les salariés d'entreprises adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe à adhésion obligatoire ou facultative : 0.05 % du plafond annuel de la sécurité sociale par salarié.

Les montants peuvent être révisés par décision de l'Assemblée Générale et la modification s'applique à partir de la date fixée.

Ces montants sont versés à l'organisme gestionnaire.

Article 4 : Règlement des primes et des cotisations

Les primes et les cotisations sont payables pour l'année civile. Il est toutefois toléré un règlement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Les primes et les cotisations sont exigibles dans les 15 jours de leur appel ou avis d'échéance.

Les frais de relance sont à la charge de l'adhérent. Ils sont actuellement fixés à 7.62 € pour un rappel.

Il est appliqué une majoration de retard de 15.24 € lors de l'émission de la mise en demeure.

Le non-paiement des primes, cotisations, frais ci-dessus expose l'Adhérent à la SUSPENSION de toute garantie. L'expiration du délai de 40 jours à compter de la mise en demeure, qui peut se présenter sous la forme d'une lettre recommandée à la dernière adresse connue, entraîne la RESILIATION du contrat, la radiation de l'adhésion, la perte du droit à garantie et ce, nonobstant la possibilité de poursuivre le recouvrement des sommes impayées par tout moyen amiable ou judiciaire.

Les frais de recouvrements d'impayés sont à la charge de l'Adhérent.

Article 5 : Evénements donnant lieu au paiement des prestations

Les contrats d'assurances précisent les délais de déclaration de sinistres pouvant mettre en jeu les garanties souscrites. Les adhérents sont tenus de respecter ces conditions et de se soumettre aux demandes faites par le gestionnaire (justificatifs, contrôle, etc...).

Article 6 : Démission, exclusion, radiation

La démission ne peut intervenir qu'en respectant les formes et délais prévus par les contrats. L'exclusion peut résulter :

- d'une fausse déclaration
- d'un abus de prestations
- du non règlement des primes ou cotisations
- de l'application de l'article 6 de la Loi du 31/12/89.

L'adhérent démissionnaire ou radié ne saurait prétendre à une réintégration ultérieure sans respecter des conditions spéciales.

Article 7 : Modification des prestations ou cotisations

Les décisions de l'Assemblée Générale pour toute modification des garanties, des prestations ou cotisations prennent effet obligatoirement le premier janvier suivant la tenue de l'Assemblée appelée à délibérer sur les questions évoquées.

Le cas échéant, le Conseil d'Administration peut être amené à adopter toutes mesures d'urgence dictée pour la bonne gestion de l'Association.

Article 8 : Juridiction

Tout litige qui pourrait survenir entre un Adhérent et l'Association est de la compétence du Tribunal du lieu du siège social de l'Association.

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

**AVANT TOUTE INTERVENTION,
APPELEZ REPAM ASSISTANCE AU
01 53 21 24 21**

**Contrat
N° 12 6311/679
Association des Assurés de REPAM**

Régie par la Loi du 01.07.1901

65, Bd Vivier-Merle 69482 Lyon Cedex 03 - Tél : 04 72 33 03 03 -
Fax : 04 72 33 09 71 ou 04 37 91 63 41 - www.repam.fr

Garde d'animaux domestiques

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile, REPAM ASSISTANCE se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

REPAM ASSISTANCE prend en charge les frais de garde pendant 1 mois maximum, à concurrence de 228 € TTC.

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.).

En cas de maladie de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile ou à l'hôpital pendant plus de 48 heures

Garde des enfants

REPAM ASSISTANCE recherche une personne pour garder les enfants de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales et prend en charge les frais de garde pendant une durée de 2 jours maximum.

Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 76 € TTC pour l'ensemble de la prestation.

Transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le transfert d'une personne résidant en France Métropolitaine désignée par le bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE met à disposition de cette personne un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe pour qu'elle puisse se rendre au domicile du bénéficiaire afin d'effectuer la garde des enfants de moins de 15 ans, si les bénéficiaires ne peuvent s'en occuper du fait de leur état de santé.

Ecole à domicile

En cas d'accident ou de maladie subite (et non répétitive) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical) REPAM ASSISTANCE recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant 10 heures par semaine au maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances et hors jours fériés.

Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale. L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1524 € TTC.

VIE PRATIQUE

Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, REPAM ASSISTANCE assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il

est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, REPAM ASSISTANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments. REPAM ASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés. REPAM ASSISTANCE ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).

Assistance obsèques

REPAM ASSISTANCE en cas de nécessité aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres) et fait une avance de fonds dans la limite de 4573 € TTC remboursable dans les 3 mois. Cette avance est consentie contre dépôt d'une caution.

Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, enfants à charge) REPAM ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de 762 € TTC (ou moins, si une somme inférieure est suffisante). Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai de 3 mois à compter de la date du versement au-delà duquel repam assistance est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de REPAM ASSISTANCE :

- répond à ses questions d'ordre médical ou diététique,
- lui indique, en accord avec son médecin traitant, les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition : du lundi au samedi de 9H à 17H.

Recherche d'un infirmier ou d'un garde-malade

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées d'infirmiers ou de garde-malades.

Recherche d'un kinésithérapeute

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de kinésithérapeutes.

Recherche d'un garçon de courses

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de garçons de courses.

Recherche d'un dépanneur

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de dépanneurs de toute nature (électricien, électroménager, hifi, télé, vidéo, maçon, serrurier, menuisier, peintre, vitrier, plombier).

Entretien et amélioration des locaux intérieurs

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de professionnels du bâtiment de toute nature.

Garde des animaux de compagnie

Si le bénéficiaire doit s'absenter (voyage, hospitalisation...) REPAM ASSISTANCE organise, sans prise en charge la garde des animaux de compagnie :

- soit au domicile du bénéficiaire
- soit dans un centre d'accueil pour animaux.

Travaux de jardinage

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées d'une personne capable d'entretenir le jardin du bénéficiaire.

Visite de sécurité

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de professionnels capables d'effectuer les vérifications en matière d'installation de gaz, de plomberie, d'électricité, de chauffage...

Voyages à l'étranger, précautions à prendre

REPAM ASSISTANCE informe sur les précautions à prendre avant un déplacement à l'étranger (vaccinations, tenue vestimentaire, visas, change de monnaie...).

Mise en relation avec les clubs du 3ème âge

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de clubs du 3ème âge de la région du bénéficiaire.

Programme d'études ouvert au 3ème âge

REPAM ASSISTANCE informe sur les programmes existants ainsi que sur les conférences auxquelles il est possible de participer.

Entretien téléphonique

REPAM ASSISTANCE met en relation avec des personnes susceptibles de dialoguer avec le bénéficiaire.

Distractions possibles, divertissements

REPAM ASSISTANCE indique les sources d'informations permettant de connaître le programme des spectacles, des expositions et des manifestations de toute nature.

SERVICE JURIDIQUE

REPAM ASSISTANCE pourra fournir des renseignements dans les domaines suivants

Renseignements juridiques :

Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

Renseignements vie pratique :

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. REPAM ASSISTANCE se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.

Demande de remboursement - Engagement financier

IMPORTANT : les prestations d'assistance ne sont acquises qu'après appel téléphonique préalable au 01 53 21 24 21 FAX : 01 42 85 07 10
Télex: 282 788 F - Télégramme : GASSIST PARIS FRANCE et ouverture d'un dossier avec référence.

En cas de force majeure, l'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ne peut donner lieu à remboursement que si REPAM ASSISTANCE a été prévenue de cette procédure dans les meilleurs délais (et au plus tard dans la limite de 24 heures).

Dans ce cas, si ces frais sont justifiés, ils seront remboursés sur justificatifs originaux devant mentionner la référence du dossier, et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par REPAM ASSISTANCE si elle avait elle-même organisé le service.

EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte des garanties, REPAM ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Enfin, REPAM ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les maladies mentales,
- les états de grossesse et leurs complications,
- les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.).

PRESCRIPTION

Toute action découlant d'un abonnement REPAM ASSISTANCE est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge REPAM ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties