

ACS Couleurs Mutuelles

Notice d'information détaillée



▶ Préambule	Page 3 ■
▶ Définitions	Page 4 ■
1 Dispositions générales	
Article 1 – Objet du contrat	Page 6 ■
Article 2 – Conditions d'adhésion	Page 6 ■
Article 3 – Formalités d'adhésion	Page 6 ■
Article 4 – Prise d'effet de l'adhésion	Page 7 ■
2 Description des garanties santé	
Article 5 – Formules de garanties	Page 7 ■
Article 6 – Expression des garanties	Page 7 ■
Article 7 – Détails des garanties	Page 7 ■
Article 8 – Limitations de garanties et exclusions	Page 11 ■
Article 9 – Territorialité des garanties	Page 11 ■
3 Modalités de remboursement des frais de santé	
Article 10 – Remboursements	Page 12 ■
Article 11 – Tiers payant et pièces justificatives	Page 12 ■
Article 12 – Délai pour demander le remboursement des frais de santé	Page 12 ■
Article 13 – Expertise médicale	Page 13 ■
Article 14 – Subrogation	Page 13 ■
4 Description des services médicaux	
Article 15 – Services Dentaire, Optique et Aide auditive	Page 13 ■
5 Vie du contrat	
Article 16 – Durée du contrat	Page 14 ■
Article 17 – Modification de la formule choisie	Page 14 ■
Article 18 – Modification de la situation des assurés	Page 14 ■
Article 19 – Cessation des garanties	Page 14 ■
Article 20 – Résiliation pour radiation du contrat	Page 15 ■
6 Cotisations	
Article 21 – Détermination des cotisations	Page 15 ■
Article 22 – Paiement des cotisations	Page 15 ■
Article 23 – Non-paiement des cotisations	Page 15 ■
Article 24 – Révision des cotisations	Page 16 ■
7 Généralités	
Article 25 – Délai de renonciation	Page 16 ■
Article 26 – Prescription	Page 16 ■
Article 27 – Réclamations	Page 17 ■
Article 28 – Médiation externe	Page 17 ■
▶ Annexe : Tableau de correspondance détaillée entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et les forfaits Verre	Page 18 ■

Préambule

ACS Couleurs Mutuelles

(Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2018)

Le contrat ACS Couleurs Mutuelles est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association la Maison des Adhérents d'Apivia, au profit de :

- ses adhérents bénéficiaires de l'ACS ou ayant bénéficié de l'ACS et demandant le maintien de leurs garanties au titre de l'article L.863-7 du Code de la Sécurité sociale,
- des ayants droit de ses adhérents dès lors qu'ils sont considérés comme étant à charge, au sens de l'article R.861-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il est coassuré par Macif-Mutualité, Apivia Mutuelle et la MNFCT, désignées ci-après sous le terme « les coassureurs ». Ces mutuelles sont régies par le Livre II du Code de la mutualité et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 9. L'apériteur du contrat est Macif-Mutualité.

La Mutuelle à laquelle vous adhérez, en vertu des dispositions de l'article L227-1 du code de la mutualité, figure sur votre demande d'adhésion.

Ce contrat est un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code.

La présente notice d'information détaillée définit les droits et devoirs réciproques des coassureurs, de l'adhérent au contrat et des assurés. La langue utilisée entre les coassureurs et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.

Loi informatique et libertés du 06/01/78



Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par les coassureurs, chacun responsable de leur traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et à des fins de prospection et de gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés des groupes auxquelles ils appartiennent et à leurs partenaires aux mêmes fins.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par les coassureurs ainsi que par les entités de leurs groupes et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de Macif-Mutualité, apériteur du contrat, à l'adresse suivante : 20 rue de la Broche – CS 30000 – 79077 Niort cedex 9.

Définitions

Pour une meilleure lecture de votre contrat ACS Couleurs Mutuelles, le « vous » doit être compris comme l'adhérent et le « nous » comme les coassureurs. Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

Adhérent

Personne dont l'adhésion à la mutuelle a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dispositif proposé par l'Assurance maladie afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé. Le montant de l'aide attribuée est déduit de la cotisation annuelle du contrat santé du/des bénéficiaire(s).

Assuré

Personne physique nommément désignée au contrat sur qui reposent les garanties.

Auxiliaires médicaux

Infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

• Tarif d'autorité

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

• Tarif de convention

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.

• Tarif de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

• Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Conjoint

Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil.

Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

Frais de séjour

Les frais séjours sont les frais facturés par un établissement hospitalier pour couvrir certains coûts et services mis à la disposition du patient lors d'un séjour hospitalier.

Franchise annuelle

Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas soumis à cette franchise.

Hospitalisation ambulatoire

Hospitalisation dans un établissement de santé pour une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement. L'assuré quitte l'établissement le jour même de son admission.

Liste des produits et des Prestations (LPP)

Liste établie par décret définissant l'ensemble des produits et des prestations remboursables par l'Assurance maladie et fixant leur base de remboursement par celle-ci.

Médecin traitant

Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale et fixant leur base de remboursement par elle-même.

Parcours de soins

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par leur complémentaire santé.

Participation forfaitaire

Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie. Les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas soumis à cette participation forfaitaire.

Prestations

Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

Régime obligatoire (RO)

Régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

Tiers payant

Sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est remboursé par la mutuelle.

Dispositions générales

1

Article 1 – Objet du contrat

Ce contrat vous permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse vos frais de soins de santé et ceux des assurés* inscrits au contrat en complément des remboursements du Régime obligatoire* effectués, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve des limitations de garanties et exclusions mentionnées à l'article « Limitations de garanties et exclusions »,

Article 2 – Conditions d'adhésion

Vous devez au moment de l'adhésion :

- être adhérent de l'association La Maison des Adhérents d'Apivia et être bénéficiaire de l'ACS* ;
- être âgé de plus de 16 ans ;
- avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Martin ou à Saint-Barthélemy ;
- être affilié à un régime obligatoire* français d'Assurance maladie.

L'adhésion est possible sans limite d'âge.

Article 3 – Formalités d'adhésion

Vous devez compléter, signer et dater la demande d'adhésion en indiquant la formule de garanties souscrite et les éventuels bénéficiaires de l'ACS*, que vous souhaitez désigner comme assurés* au titre du contrat.

Peuvent être désignés assurés* votre conjoint* et vos ayant-droit à charge au sens de l'article R.861-2 du Code de la Sécurité sociale :

PERSONNES POUVANT ÊTRE DESIGNÉES COMME ASSURÉS

- votre conjoint*, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
- vos enfants et autres personnes âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de votre demande d'ACS*, rattachés à votre foyer fiscal ou à celui de votre conjoint* ;
- vos enfants ou ceux de votre conjoint*, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de votre demande d'ACS*, vivant sous votre toit et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;
- vos enfants majeurs ou ceux de votre conjoint*, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de votre demande d'ACS* et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du Code général des impôts et donc le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire ;
- vos enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun des deux parents, en application de l'article 373-2-9 du Code civil, et considérés comme étant à votre charge réelle et continue au titre des dispositions du 4^{ème} alinéa du I de l'article 194 du Code général des impôts.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sur la même adhésion et bénéficient de la même formule de garanties.

L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Nous concrétisons votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant* qui vous permet de bénéficier du service de tiers payant*.

Article 4 – Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur votre demande d'adhésion et au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature de cette demande.

En cas d'adjonction d'un assuré* en cours d'année d'assurance, l'affiliation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Toutefois, les garanties sont acquises dès la naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Description des garanties santé

2

Article 5 – Formules de garanties

Vous pouvez choisir entre 3 formules de garanties dénommées A, B et C.

Article 6 – Expression des garanties

Les garanties peuvent être exprimées en pourcentage : il s'agit alors de plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale* et incluant le remboursement du Régime obligatoire*. Les taux de prise en charge sont ceux en vigueur à la date des soins.

Les garanties peuvent également être exprimées sous forme de forfaits en euros. Les forfaits s'entendent par assuré et s'appliquent par année civile.

Article 7 – Détail des garanties

Pour les actes hors parcours de soins*, les remboursements au titre du présent contrat sont identiques **en montant** à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins*.

Les garanties présentées ci-dessous peuvent varier en fonction de la formule de garanties que vous aurez choisie. Le détail des garanties par formule est présenté dans le « Tableau des garanties » ci-après.

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Quelle que soit la formule souscrite, les prestations suivantes sont prises en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale* :

- les honoraires chirurgicaux et médicaux
- les analyses de laboratoire, actes de radiologie et auxiliaires médicaux
- la franchise appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120€
- les frais de transport
- les frais de séjour*

Cette garantie couvre également le **forfait journalier hospitalier*** qui est pris en charge intégralement et de façon illimitée.

Le remboursement de l'ensemble des prestations* liées à une hospitalisation est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire*.

Attention : Les soins prodigués en environnement hospitalier par le personnel de l'hôpital sans qu'il y ait hébergement constituent des actes en hospitalisation ambulatoire*. Ils relèvent du paragraphe « Médecine et soins » ci-dessous et ne sont donc pas pris en charge au titre de ces garanties.

Cette garantie couvre enfin les soins et prestations* liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale à l'exception des soins remboursés à 100% par le Régime obligatoire*.

MEDECINE ET SOINS

Quelle que soit la formule souscrite, les prestations suivantes sont prises en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale* :

- les honoraires de consultation, de visites et les soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
- les médicaments remboursés par le Régime obligatoire* à 65% (PH7) et 30% (PH4) et les spécialités homéopathiques,
- les actes d'auxiliaires médicaux*,
- les analyses de laboratoire,
- les actes de radiologie,
- les frais de transport hors hospitalisation.
- les honoraires chirurgicaux en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation.

SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES ET D'ORTHOPEDIE DENTOFACIALE

- les soins dentaires
- l'orthodontie
- les prothèses dentaires

Le remboursement de ces prestations* mentionnées est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire*. Le montant de la prise en charge de ces prestations est exprimé en pourcentage par rapport aux base de remboursement de la Sécurité sociale* et varie en fonction de la formule souscrite.

OPTIQUE

- les lentilles de contact prises en charge par le Régime obligatoire*
- l'équipement optique verres simples et/ ou verres complexes

Un équipement est constitué d'une monture de lunettes et de deux verres. Le montant de la prise en charge varie en fonction de la formule souscrite et de la complexité du verre prescrit : simple ou complexe. Sont considérés comme :

- verres simples : les verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6.00 et + 6.00 de dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 de dioptries.
- verres complexes : les verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6.00 à + 6.00 de dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 de dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.

La prise en charge de la monture intégrée à l'équipement optique est limitée à 150 €.

Le tableau de correspondance détaillé entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et les verres pris en charge dans le cadre des forfaits est présenté en annexe.

Pour les formules B et C, le nombre d'équipement pris en charge est limité à un tous les deux ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces deux cas, le nombre d'équipement pris en charge est limité à un tous les ans. Le point de départ de la période correspond à la date d'adhésion de l'assuré* au contrat.

AIDES AUDITIVES ET APPAREILLAGE

- **Appareil acoustique**
Dans les formules A et B, les appareils acoustiques sont prises en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale*. Dans la formule C, ils sont pris en charge dans le cadre d'un forfait de 450 € par an et par appareil. Néanmoins, lorsque le montant du ticket modérateur est supérieur à ce forfait, l'assuré* est remboursé à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale*.
- **Aides techniques et produits inscrits à la LPP***
Les aides techniques et produits inscrits à la LPP* sont prises en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale* quelle que soit la formule souscrite.

TABLEAU DES GARANTIES PAR FORMULE

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré* ayant respecté le parcours de soins*. Les remboursements sont limités aux dépenses engagées, conformément à la loi. Pour les assurés* ne bénéficiant plus de l'ACS*, ces remboursements sont également effectués en excluant la participation forfaitaire* et la franchise annuelle* qui restent à leur charge. Les forfaits s'entendent par assuré*.

	A	B	C
Hospitalisation médicale et chirurgicale prise en charge par le RO			
Honoraires chirurgicaux et médicaux	100%	100%	100%
Analyses de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux*	100%	100%	100%
Participation forfaitaire* sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport	100%	100%	100%
Frais de séjour*	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier*	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médecine et soins			
Consultations – visites (médecine générale et spécialiste)	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 65% (PH7) et à 30% (PH4) et spécialités homéopathiques	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux*	100%	100%	100%
Analyses de laboratoire	100%	100%	100%
Radiologie y compris produits pour examen	100%	100%	100%
Transport hors hospitalisation	100%	100%	100%
Honoraires chirurgicaux en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation	100%	100%	100%
Dentaire			
Actes et soins dentaires	100%	100%	100%
Orthodontie remboursées par le RO	125%	225%	300%
Prothèses dentaires remboursées par le RO	125%	225%	300%
Optique			
Lentilles remboursées par le RO (1)	100%	100 €	100 €
Equipement verres simples	100%	100 €	150 €
Equipement verres complexes	100%	200 €	350 €
Equipement verre simple + verre complexe	100%	150 €	250 €
La prise en charge de la monture intégrée à l'équipement est limitée à 150 €.			
Pour les formules B et C, le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans. Le point de départ de la période correspond à la date d'adhésion de l'assuré* au contrat.			
Audioprothèses et appareillage			
Appareil acoustique	100%	100%	450 €/ appareil (2)
Aides techniques et produits inscrits à la LPP	100%	100%	100%

RO = Régime obligatoire*

(1) Forfait par année civile

(2) Lorsque le montant du ticket modérateur est supérieur au forfait prévu, l'assuré* est remboursé à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale*.

Article 8 – Limitations de garanties et exclusions

Exclusions communes à toutes les garanties

En application des articles L871-1 et R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale définissant le « contrat responsable », ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- Pour l'ensemble des assurés* :
 - la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire* à l'assuré* (ticket modérateur*) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins* coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire* dans les cas suivants :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant* (article L 162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L 1111-15 du Code de la Santé publique).
 - tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré* ne respecte pas le parcours de soins* instauré par la loi du 13 août 2004.
- Pour les assurés* ne bénéficiant plus de l'ACS :
 - les participations forfaitaires* mentionnées au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
 - la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,

Limites des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'assuré* ne peut en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement exposés. Lesdits remboursements ne peuvent excéder le montant maximal des remboursements du contrat, prévus aux tableaux de garanties.

En outre, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du Régime obligatoire* de l'assuré* n'ouvrent pas droit à un remboursement au titre du présent contrat.

Aucune prestation* n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat.

Article 9 – Territorialité des garanties santé

Le contrat ACS Couleurs Mutuelles intervient pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués ou les équipements achetés hors de France (y compris dans les Collectivités et Pays d'Outre-mer), **sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire***. Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Article 10 – Remboursements

Le remboursement des frais de santé est effectué selon la formule de garanties choisie et conformément au tableau des garanties. Les prestations* sous forme de forfait sont dues intégralement, dans la limite des frais exposés par l'assuré*.

Pour être pris en charge, les frais de santé doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garanties choisie et en vigueur à la date des soins,
- prescrits par une autorité médicale qualifiée,
- pris en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré* peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, nous ne sommes redevables d'aucune prestation* même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Article 11 – Tiers payant* et pièces justificatives

Pour les garanties « Hospitalisation médicale et chirurgicale », « Médecine et soins » et « Dentaire », l'assuré* bénéficie d'une dispense d'avance de frais automatique ; il n'a donc pas à effectuer de demande de prise en charge préalable avant d'effectuer les soins.

Pour toutes les autres garanties, l'assuré* peut bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé conventionnés. **Il devra alors effectuer une demande de prise en charge préalable, avant d'effectuer les soins.**

Si l'assuré* n'a pas bénéficié du tiers payant*, il est tenu de fournir au centre de gestion les déclarations et pièces justificatives originales nécessaires au paiement, notamment :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission à notre centre de gestion,
- lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,

En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons demander la traduction des documents utiles au remboursement. **Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations* sont à la charge de l'assuré*.**

Article 12 – Délai pour demander le remboursement des frais de santé

Pour être recevable, toute demande de prestations* doit être présentée dans les **2 ans** suivant la date d'indemnisation ou de remboursement par le Régime obligatoire*, ou la date de réception du ticket modérateur*, ou la date de l'événement à indemniser. Au-delà de ce délai, il y a prescription du droit à remboursement.

Article 13 – Expertise médicale

Nous pouvons faire procéder à tout moment par un médecin que nous désignons, au contrôle médical de l'assuré* qui formule des demandes ou bénéficie de prestations* au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations* sont liées à l'état de santé.

Si l'assuré* se refuse à un contrôle médical ou si, ne nous ayant pas notifié son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations* sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile* connu figurant au dossier de l'assuré*.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin de l'assuré*, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à notre diligence, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve le domicile* de l'assuré*, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations*, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées à l'assuré* devront nous être restituées.

Article 14 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la mutualité, nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'assuré* ou de ses ayants droit contre les tiers responsables d'une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré*, que leur responsabilité soit entière ou partagée.

Nous pouvons poursuivre le remboursement des dépenses que nous avons exposées dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers.

Description des services

4

Article 15 – Services dentaires, optiques et aides auditives

Pour les garanties dentaires, optiques et aides auditives, nous nous engageons, sur présentation d'un devis détaillé en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois) et des éventuels justificatifs selon les cas, à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à la réalisation des travaux ou à l'acquisition d'un équipement :

- Montant pris en charge par le Régime obligatoire* ;
- Montant pris en charge au titre du contrat ACS Couleurs Mutuelles ;
- Montant restant à charge de l'assuré*.

Article 16 – Durée du contrat

L'adhésion au contrat est annuelle et expire le 31 décembre de chaque exercice. Elle se renouvelle chaque année au 1^{er} janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an.

Article 17 – Modification de la formule choisie

Vous pouvez modifier votre formule de garanties au terme d'une durée minimum d'application de la précédente formule de garanties de douze mois consécutifs et échus. Le changement de formule prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de cette demande.

Article 18 – Modification de situation des assurés*

Votre contrat est établi d'après les déclarations que vous avez faites lors de la souscription ou de la dernière modification. Ces déclarations permettent notamment de calculer vos cotisations, conformément aux dispositions de l'article « Paiement des cotisations ».

En cours de contrat, vous devez nous déclarer, **dans un délai de 3 mois à compter de l'événement**, tout changement dans la situation d'un des assurés* notamment :

- un changement de domicile* (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile* connu produiront leurs effets),
- un changement de situation au regard du Régime obligatoire* (changement de n° de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie ou de centre de paiement, changement de régime obligatoire*, perte de la qualité d'ayant droit...),
- un changement de situation matrimoniale (divorce, décès...)

Si cette modification entraîne un changement dans le montant de vos cotisations, vous disposez d'un **délai de 30 jours à compter de la réception de votre nouvel avis d'échéance** pour résilier votre contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté ledit changement.

Vous devez également nous informer de la modification de vos coordonnées bancaires afin de ne pas interrompre le versement des prestations ou le paiement des cotisations (en cas de paiement par prélèvement).

Article 19 – Cessation des garanties

Les garanties santé cessent :

- sur simple demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à notre centre de gestion, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré* entraînant une modification de vos cotisations, conformément aux dispositions de l'article « Modification de situation des assurés* » ;
- en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article « Non-paiement des cotisations » ;
- sur simple demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception en cas de radiation du contrat, conformément aux dispositions de l'article « Résiliation en cas de radiation ».

Les garanties cessent également si les conditions d'adhésion au contrat ne sont plus remplies. Toutefois, à l'expiration de leur droit au bénéfice de l'ACS*, les assurés* au titre du contrat ACS Couleurs Mutuelles peuvent bénéficier, s'ils le souhaitent, du maintien de leurs garanties pour une période d'un an. Le tarif est le même que celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit la même formule de garanties, avant la déduction du montant de l'aide ACS*

Si la cessation des garanties intervient durant votre période de droit à l'ACS*, nous vous remettons, pour chaque assuré*, une attestation indiquant la période pendant laquelle chacun a exercé son droit à déduction.

Article 20 – Résiliation en cas de radiation du contrat

Si le contrat ACS Couleurs Mutuelles est radié de la liste établie en application de l'article R.863-15 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion en adressant, à l'adresse du centre de gestion figurant sur votre carte de tiers-payant*, une lettre recommandée avec accusé de réception établie selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent*, adresse) demande la résiliation de mon adhésion au contrat ACS Couleurs Mutuelles souscrit en date du ... Date et signature ».

Les cotisations correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

Cotisations

6

La cotisation est la contrepartie des garanties accordées à l'assuré*.

Article 21 – Détermination des cotisations

Les cotisations sont fixées par année civile et par assuré*, en fonction des critères suivants :

- l'âge de l'assuré*. Cet âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge pris en compte pour le calcul de sa cotisation 2018 sera déterminée comme suit : $2018 - 1965 = 53$ ans,
- la formule de garanties choisie,
- le régime social de l'assuré*.

Pour la première période d'assurance, la cotisation est calculée proportionnellement au temps qui reste à s'écouler jusqu'à la veille de l'échéance annuelle.

Article 22 – Paiement des cotisations

Vous êtes tenu au paiement d'une **cotisation annuelle payable d'avance**.

Vous définissez les modalités de règlement lors de la souscription. Celui-ci peut se faire de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, **sans frais de fractionnement**. Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par prélèvement bancaire.

Article 23 – Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

Article 24 – Révision des cotisations

Nous réexaminons le montant des cotisations en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié et prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

En cas de désaccord, vous devez nous en aviser par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un **délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis d'échéance**. Ce refus entraîne la résiliation du contrat au 31 décembre de l'année N. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté le changement de montant.

Généralités

7

Article 25 – Délai de renonciation

A compter de la date d'effet du contrat, vous disposez d'un délai de 30 jours pour revenir sur votre décision. Dans ce cas, il vous suffit de nous adresser, à l'adresse suivante : CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9, une lettre recommandée avec accusé de réception établie selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent*, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat ACS Couleurs Mutuelles souscrit en date du ... Date et signature ».

Vous devrez retourner les cartes de tiers payant* qui vous auront été adressées.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations* éventuellement versées durant cette période.

Article 26 – Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

Toute action dérivant de ce dernier est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, le délai de prescription ne court que du jour où le bénéficiaire a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque là. De même, le délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où nous en avons eu connaissance.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée)
- la désignation d'un expert
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nos soins à l'adhérent* et ayant pour objet le règlement de la cotisation
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'adhérent* à notre centre de gestion et ayant pour objet le règlement de l'indemnité

La prescription peut, en outre, être suspendue dans l'un des cas suivants :

- lorsque la personne se trouve dans l'impossibilité d'agir ou qu'elle est mineure
- lorsque l'assureur lésé prend la direction du procès
- lorsqu'une demande d'instruction est demandée par le juge avant tout procès

Article 27 – Réclamations

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation au Service Qualité par écrit et aux coordonnées du centre de gestion figurant sur votre carte de tiers-payant*.

Si la solution proposée ne correspond pas à vos attentes : nous vous orientons vers notre commission de recours interne. Adressez votre réclamation écrite à l'attention de la « Commission de recours », aux mêmes coordonnées.

Article 28 – Médiation externe

A l'issue de la procédure de réclamation décrite ci-dessus, si votre litige persiste, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Le médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Annexe – Tableau de correspondance détaillé entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et les forfaits Optique

Classification des types de verres (les codes sont consultables sur le devis ou la facture fournis par l'opticien)					
Typologie	Code TIPS	Code LPP			
		Avant 18 ans		Après 18 ans	
Verre simple	202A00 11	226 18 74	224 24 57	220 32 40	228 79 16
	202A00 21	220 03 93	227 04 13	225 99 66	222 64 12
Verre complexe	202A00 23	223 89 41	226 83 85	221 29 76	225 26 68
	202A00 12	229 74 41	229 10 88	228 27 93	228 06 60
		224 35 40	224 33 04	226 34 59	226 53 30
	202A00 13	227 38 54	224 83 20	223 57 76	229 58 96
	202A00 22	228 39 53	221 93 81	228 45 27	225 48 68
	202A00 24	224 50 36	220 68 00	228 85 19	229 95 23
	202A00 31	225 92 45	226 40 45	229 03 96	229 11 83
	202A00 32	223 87 92	220 24 52	224 53 84	229 51 98
	202A00 41	224 06 71	228 22 21	222 70 38	229 91 80
	202A00 42	223 42 39	225 96 60	220 22 39	225 20 42



Le contrat ACS Couleurs Mutuelles est un contrat collectif souscrit par l'association Maison des Adhérents d'Apivia et coassuré par Macif-Mutualité (apériteur), Apivia Mutuelle et la MNFCT.

Macif-Mutualité - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : Carré Haussmann - 22-28 rue Joubert - 75435 Paris Cedex 9.

Apivia Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. SIREN 775 709 710. Siège social : 45 à 49 avenue Jean Moulin 17000 La Rochelle.

MNFCT - Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des collectivités territoriales - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 784 442 899. Siège social : 3 rue Franklin - 93108 Montreuil cedex.

Toutes ces mutuelles sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

Association Maison des Adhérents d'Apivia - Association régie par la loi de 1901 - Siège social : 108 rue Ronsard - 37000 Tours

