

Garantie Collective SANTE ANPF

Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Senior, Confort, Confort Senior, régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

NOTICE D'INFORMATION

DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet

Les dispositions de la présente notice définissent les garanties ANPF SANTE couvertes par la Mutuelle, dans le cadre d'opérations collectives à affiliation facultative mises en place par l'association ANPF ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La présente notice ainsi que le règlement mutualiste et les statuts forment les conditions générales de votre garantie. Le tableau des prestations ci-après annexé expose les conditions spécifiques de la garantie.

2. Adhésion

A la date de leur adhésion, les membres de l'association ANPF résidant en France, affiliés au régime obligatoire d'assurance maladie qui adhèrent au contrat ANPF SANTE, deviennent de droit « Membres participants » de la Mutuelle et sont désignés ci-après comme tels dans la notice. L'affiliation aux garanties emporte acceptation des dispositions des Statuts et règlements ainsi que des droits et obligations définis par le contrat et reproduits dans la présente notice.

Le Membre participant, est en mesure de faire figurer sur son bulletin d'adhésion les bénéficiaires suivants :

- Le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés...),

En l'absence de conjoint légitime, le concubin ou pacsé à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés...)

- Ses enfants à charge :

Mineurs, jusqu'au 31 décembre de leur 18e anniversaire,

Majeurs, poursuivant des études secondaires ou supérieures, jusqu'au 31 décembre de leur 25e anniversaire,

Majeurs, inscrits sous leur propre numéro de Sécurité Sociale et se trouvant en contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation jusqu'à leur 20e anniversaire (sous réserve qu'ils perçoivent une rémunération inférieure à 60% du SMIC en vigueur),

Handicapés bénéficiaires de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) au sens des articles L.541-1 et L.541-3 du Code de la Sécurité Sociale, et jusqu'à leur 20e anniversaire.

L'affiliation et les garanties des bénéficiaires prennent effet :

- à la même date que pour le Membre participant,
- à la date de la modification de situation de famille du Membre participant, sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de la mutuelle dans un délai de deux mois suivant la date de la modification,
- à la date de radiation d'un contrat de même nature couvrant les bénéficiaires.

En dehors des cas précités, il est précisé que les garanties des bénéficiaires prennent effet au terme des délais de carence prévus ci-après.

La formule choisie par le Membre participant vaut tant pour lui-même que pour ses bénéficiaires.

3. Cotisations

Pour chaque Membre participant, le montant de la cotisation est fixé aux conditions particulières en fonction de la formule retenue. Le régime Déclic comporte un âge maximum dans l'année d'assurance égal à 30 ans. Au-delà, l'adhérent bascule sur le régime de son choix. A l'exception du régime Déclic, des groupes fermés et des régimes spécifiques, tous les régimes comportent un âge limite à l'adhésion précisé aux conditions particulières.

Pour les régimes Sérénité et Plus 3, la cotisation évolue selon l'âge de l'adhérent dans l'année d'assurance (- de 30 ans puis plus de 30 ans pour Sérénité, moins de 40 ans, 40-65 ans et plus de 65 ans pour Plus 3). Pour les régimes sérénité et confort, l'adhérent est transféré respectivement sur les régimes sérénité senior ou confort senior au 1er jour de l'année de son 70^{ème} anniversaire.

L'âge du Membre participant est toujours calculé par différence de millésimes.

Les cotisations sont exprimées en euro par personne ou par adulte et par enfant. Si le Membre participant opte pour le prélèvement bancaire, elles seront prélevées mensuellement. Dans le cas contraire, les cotisations devront être réglées semestriellement pour le semestre à échoir (ou la partie du semestre si la date d'effet se situe au cours du semestre).

La première cotisation accompagnant la demande d'adhésion est réglée par chèque, les suivantes par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou par chèque dans les 30 jours suivant la réception du bordereau d'appel de cotisation semestriel. Les cotisations sont fixées pour une durée allant de la date d'effet du contrat à sa date d'échéance fixée au 31 décembre de l'année en cours. Les cotisations sont indexées chaque année en fonction de l'évolution du taux de la consommation médicale totale des ménages (CMT). Les cotisations et/ou les garanties peuvent être révisées chaque année en fonction de l'équilibre technique du contrat et/ou d'une modification du risque par décision prise par l'assemblée générale de la Mutuelle.

4. Garanties

La garantie ANPF SANTE souscrite par l'association ANPF a pour objet le remboursement de frais médicaux-chirurgicaux tels que présentés dans le tableau des prestations.

On entend par frais médicaux - chirurgicaux ceux reconnus comme tels par l'Assurance Maladie.

Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie ne donneront lieu à aucun remboursement au titre de la

Garantie Collective SANTE ANPF

Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Senior, Confort, Confort Senior, régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

NOTICE D'INFORMATION

présente convention, sauf dérogations prévues au tableau des prestations ci-après annexé.

Hospitalisation

Sont pris en charge à ce titre les frais engagés à l'occasion :

- d'une hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale)
- d'une hospitalisation médicale : court ou moyen séjour.

En dehors des frais exposés en hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale ou obstétricale et l'hospitalisation à domicile, remboursés selon le niveau indiqué aux conditions particulières, la prise en charge au titre d'autres établissements sera limitée au ticket modérateur.

Indemnisation à l'occasion d'une naissance – forfait naissance (hors adoption) :

Un forfait naissance défini aux conditions particulières est versé par la Mutuelle, à la naissance de l'enfant. Ce versement est exclusif de tout autre remboursement par la Mutuelle pour l'ensemble des frais médicaux - chirurgicaux remboursés par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maternité

(à compter du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement).

En cas d'accouchement anormal nécessitant une intervention chirurgicale, les frais correspondants (hors frais de séjour) sont pris en charge au titre de la chirurgie.

Contrat responsable

Ce contrat s'inscrit dans les dispositions de la Loi 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

A ce titre, il respecte des niveaux de garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable :

- l'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion ;
- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à 1€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments,

aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;

- l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie, sauf précision contraire dans le tableau des prestations,
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier ;
- La maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Contrat d'accès aux soins :

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre de la complémentaire santé du présent contrat, d'un remboursement plus

important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

L'observation de ces dispositions réglementaires permet de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux attachés à ce type de contrat (solidaire et responsable) et conditionne notamment une taxe sur les conventions d'assurance minorée.

Plafond des garanties

Certaines prestations sont plafonnées annuellement. Au-delà, de ces plafonds, si ces frais sont pris en charge par la Sécurité Sociale, le ticket modérateur est au minimum remboursé.

Changement de niveau de garantie

Toute modification du niveau de garanties (régime sérénité à régime confort ou inversement ou modification de modules pour l'option 3 plus), prend effet le 1er jour du mois suivant la demande écrite adressée au souscripteur avant le 15 du mois précédent, sachant que les nouveaux adhérents, quelle que soit la date d'adhésion, devront rester au minimum une année civile complète (1er janvier au 31 décembre) dans la même garantie avant de pouvoir en changer. Ce changement de régime est définitif sauf accord exceptionnel conjoint du souscripteur et de l'assureur.

Ce changement donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion.

5. Effet, durée

Le contrat collectif mis en place par l'association est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, pour une durée d'un an.

Les garanties sont acquises à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion remis à chaque Membre participant. Cette date correspond au 1^{er} jour du mois de la date d'effet souhaité par le membre participant, mentionné sur son bulletin d'adhésion et au plus tôt, le 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent a remis son bulletin d'adhésion dûment rempli et signé au souscripteur.

Garantie Collective SANTE ANPF

Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Senior, Confort, Confort Senior, régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

NOTICE D'INFORMATION

6. Résiliation - Radiation

- La résiliation du Contrat par l'association met fin automatiquement à l'affiliation du Membre participant.
- Le Membre participant peut également mettre fin à son adhésion par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. Sa radiation du groupe assuré sera alors effective au 31 décembre.
- En cas de démission de l'association, la radiation du Membre participant sera effective au terme de l'échéance de paiement en cours.
- Si le Membre participant, son conjoint, concubin ou pacsé est amené à bénéficier d'un contrat collectif obligatoire, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion à la garantie ANPF SANTE. Sa radiation sera effective le dernier jour du mois civil qui suit le mois de réception de la demande notifiée par lettre recommandée de résiliation.
- En cas de modification de la présente notice, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par le Souscripteur, de la notice modifiée. Dans ce cas, la radiation du Membre participant ne prendra effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- Il est rappelé que le souscripteur assure le précompte des cotisations.

En application des dispositions de l'article L.221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement après mise en demeure adressée par la mutuelle au plus tôt dans les 10 jours après la date d'échéance prévue par lettre recommandée avec avis de réception, non suivi d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi au souscripteur, la garantie du contrat est suspendue.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la

cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion voire du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Faute de paiement dans un délai de 10 jours suivant le délai de 30 jours ci-dessus indiqué, le contrat sera résilié automatiquement par la mutuelle, sans pour autant libérer le souscripteur de l'intégralité des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année d'assurance.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du code de la mutualité, la présente convention, si elle n'est pas résiliée, reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

7. Maintien des Garanties en cas de rupture du contrat d'assurance unissant l'association et la Mutuelle

En cas de dissolution judiciaire de l'association, la Mutuelle pourra résilier le contrat dans les conditions prévues par la réglementation et la jurisprudence en vigueur.

Dans tous les autres cas de rupture du contrat unissant l'association et la Mutuelle, la garantie peut être octroyée à titre individuel et à de nouvelles conditions au Membre participant qui en fait la demande.

8. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- au terme de l'échéance en cours au moment de la démission de l'association,
- à la date d'effet de la résiliation par le Membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'association,
- en cas d'exclusion du Membre participant pour non paiement des cotisations, fausse déclaration ou délit intentionnels,
- En cas de résiliation pour non paiement des cotisations par ANPF.

9. Prescription

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

10. Subrogation

Pour le paiement des prestations, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du code de la mutualité.

11. Déchéance

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 24 mois maximum de date à date à compter de la délivrance par le régime obligatoire du justificatif de paiement ou de l'acquittement de la facture.

Garantie Collective SANTE ANPF

Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Senior, Confort, Confort Senior, régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

NOTICE D'INFORMATION

12. Délit et fausse déclaration

En cas de fausse déclaration intentionnelle de la part du Membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la garantie est nulle lorsque cette fausse déclaration change l'objet du risque omis ou en modifie l'opinion pour la Mutuelle même si le risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. La Mutuelle peut alors prononcer l'exclusion du Membre participant et pourra exiger le remboursement des prestations indûment payées. Les cotisations versées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de délit intentionnel (fraude, escroquerie notamment), le Membre participant ayant volontairement porté atteinte aux intérêts de la mutuelle peut être exclu dans les conditions fixées au règlement intérieur et au règlement mutualiste de la mutuelle. L'exclusion n'emporte pas renonciation par la mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur, à l'encontre du Membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

13. Informatique et Libertés

Les informations recueillies dans le bulletin d'affiliation sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le Membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit

d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social. Le Membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

14. Réclamation - médiation

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts ou de la présente notice d'information, le membre participant devra s'adresser à :

A.P.G.I.S
12 rue massue
94684 VINCENNES Cedex.

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix jours ouvrables pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le membre participant a la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. La réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante:

Fédération Nationale de la Mutualité
Française (F.N.M.F.)
- Le Médiateur-

255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Ou bien par mail à l'adresse: mediation@mutualite.fr

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est à la disposition des adhérents sur le site Internet (<http://www.francemutuelle.fr/>) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

Le médiateur, personnalité extérieure à la mutuelle, rend son avis en toute indépendance.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le médiateur, le recours à une action en justice reste toujours possible.

15. Autorité de contrôle prudentiel et de Régulation (ACPR)

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de

l'A.C.P.R., située 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

GARANTIES ANPF SANTE

16. Assiette des prestations

Le montant de la prestation due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés dans les limites fixées dans le tableau des prestations.

17. Règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être adressées à: **A.P.G.I.S – 12 rue massue 94684 VINCENNES Cedex.**

Elles doivent mentionner le numéro de code A.N.P.F de l'adhérent et être accompagnées de pièces et justificatifs originaux suivants :

- Le décompte original des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ; ou par télétransmission,
- Toute pièce justificative des dépenses réelles, note d'honoraires, facture détaillée établie sur papier à en-tête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom et prénom de l'adhérent ou du bénéficiaire, telle que définie au contrat.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre participant (ou de son bénéficiaire) soit sur présentation des pièces justificatives visées dans le règlement mutualiste, soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire. Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire. Les modalités

Garantie Collective SANTE ANPF

Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Sénior, Confort, Confort Sénior, régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

NOTICE D'INFORMATION

spécifiques de règlement des prestations figurent dans le règlement mutualiste.

ANNEXE (voir tableau des prestations ci-joint)

GARANTIE SOUSCRITE

Garantie ANPF SANTE Option Premier Déclic, Sérénité, Sérénité Sénior, Confort, Confort Sénior, Régime Plus 1 et 3, Sécurité, régimes spécifiques

PRESTATIONS EN INCLUSION

Garantie Invalidité MDS

SERVICES (inclus dans les garanties)

Tiers payant pharmaceutique, laboratoires d'analyses & radiologie

Télétransmission