

**Association Santé des Régions de France
Notice d'information
ROEDERER WEB SANTE SOLO Responsable**

SOMMAIRE

Fonctionnement général de la Convention	4
L'Adhérent / l'Assuré	4
L'Assureur	4
Le Souscripteur	4
Le Gestionnaire	4
Point de départ des garanties	4
Durée des garanties	4
Cessation des garanties	4
Dissolution de l'Association Santé des Régions de France	5
Modification des garanties	5
Autres dispositions	5
1) Révision	5
2) Circonstances nouvelles	5
Cotisations	5
1) Paiement des cotisations	5
2) Montant des cotisations	6
3) Indexation des cotisations	6
4) Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires	6
5) Révision des cotisations en fonction des résultats techniques	6
Bénéficiaire des garanties	6
Garanties et Prestations	6
Choix des garanties	6
Garantie maladie - chirurgie commune à toutes les formules	6
Montant des prestations	6
Limitation aux frais réels	7
Frais exposés à l'étranger	7
Délais d'attente	7
Garanties et prestations	7
L'Option Tiers payant	7
1) Le mécanisme du tiers payant	7
2) Prestations avec tiers payant	7
3) Prestations sans tiers payant	7
Détail des garanties	8
SOLO 1	8
SOLO 2	10
SOLO 3	12
Lexique pratique	14
Les formalités à effectuer en cas de sinistre	16
Les dispositions légales et réglementaires	16
Recours	16
Prescription	16
Autorité de contrôle	17
Réclamation	17
1) Qu'est-ce qu'une réclamation ?	17
2) Comment faire une réclamation ?	17

3) Comment est traitée votre réclamation ?	17
4) Conservation des documents	17
Délai de renonciation	17
La protection des données personnelles	18
1) Identité des responsables conjoints du traitement des données à caractère personnel	18
2) Pourquoi recueillir les données personnelles ?	18
3) Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?	18
4) Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?	18
5) Quelle est l'utilité des cookies ?	18
6) Données personnelles : quels droits de « l'assuré » ?	18
7) Qui est responsable des données de « l'assuré » ?	19
8) Comment « l'assuré » exerce ses droits ?	19
9) Les contacts	19
ANNEXE : Actes de prévention ALLIANZ (article 1er de l'arrêté du 8 juin 2006) :	20

Conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances, tout Assuré se voit remettre la présente notice, relative à la Convention n° 222 000 souscrite par l'Association Santé des Régions de France auprès d'Allianz Vie, telle qu'en vigueur à effet du 1^{er} octobre 2015.

Objet de la convention

Cette Convention d'assurance collective à adhésion facultative individuelle est régie par le Code des assurances, notamment par les dispositions du titre IV du livre I dudit Code relatif aux assurances de groupe.

Elle a pour objet de garantir le remboursement des frais de soins de santé en cas de maladie ou d'accident.

Fonctionnement général de la Convention

L'Adhérent / l'Assuré

L'Adhérent est la personne physique membre de l'Association souscriptrice nommément désignée au certificat d'adhésion, c'est-à-dire qui signe les différents documents constituant le contrat (demande d'adhésion au contrat à laquelle sont joints la notice d'information, les certificats d'adhésion et les avenants éventuels) et qui s'engage à s'acquitter des cotisations dues.

Pour demander leur adhésion, les membres adhérents de l'Association Santé des Régions de France doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- être domiciliés en France métropolitaine,
- être affiliés au régime général de la Sécurité Sociale ou au régime local d'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou de tout autre organisme d'assurance maladie français (hors CFE),
- exercer leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen, ou être détaché pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen,
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans au moment de leur adhésion,
- souscrire en ligne sur le site www.mutuelle2sante.com, leur demande individuelle d'adhésion par laquelle ils indiquent le niveau de garantie,
- valider leur souscription par le paiement de leur première mensualité en ligne.

En cas de déclaration inexacte, l'adhésion peut être entachée de nullité au sens des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

L'Assureur

L'Assureur Allianz Vie est la société d'assurances qui accorde les garanties.

Le Souscripteur

Cette convention d'assurance collective à adhésion facultative individuelle est souscrite par l'**Association Santé des Régions de France (ASRF)**.

Cette association a notamment, pour objet de réaliser toute action destinée à procurer ou à améliorer les garanties de ses membres en matière de remboursement des frais de soins de santé. Elle a pour vocation d'étudier, de négocier et de conclure avec les organismes habilités tout contrat pour le compte de ses adhérents, garantissant le remboursement des frais de soins de santé. Elle réalise des actions de prévention et peut apporter son aide bénévole dans le domaine de la santé, aux membres de l'association ainsi qu'aux personnes qui leur sont liées. L'association est sans but lucratif.

Le Gestionnaire

ROEDERER SAS, 2 rue Bartisch, B.P. 50076 - 67024 STRASBOURG, Cedex 1, France.

Point de départ des garanties

Dès réception de la demande individuelle d'adhésion, Roederer envoie à l'Assuré un certificat d'adhésion précisant le niveau de garanties choisi et la date de prise d'effet (**ledit certificat valant notification de la conclusion de l'adhésion**). La qualité d'Assuré est alors acquise.

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois en cours pour toute souscription faite avant le 15 du mois. Au-delà de cette date, au 1^{er} du mois ou des mois suivant la souscription et le paiement en ligne sur le site mutuelle2sante.com.

Durée des garanties

L'adhésion est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation de celle-ci par l'Assuré dans les conditions fixées au paragraphe ci-après.

Cessation des garanties

Les garanties prennent fin à la demande de l'assuré :

- **A l'échéance principale :** dans ce cas l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion à la Convention à effet d'un 1^{er} janvier au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent (cachet de la poste faisant foi).
- **En cas de nouvelle affiliation de l'assuré à un contrat groupe obligatoire,** la demande de résiliation devra se faire par lettre recommandée avec accusé de réception à Roederer, accompagnée d'une attestation de l'employeur précisant la date de son affiliation au contrat santé de l'entreprise, ainsi que son caractère obligatoire. Cette demande devra nous parvenir au plus tard dans les 3 mois suivant la prise d'effet du contrat entreprise. Elle sera effective à compter de la date d'affiliation au contrat groupe, si aucun remboursement de la part de Roederer n'a eu lieu. Dans le cas contraire, la résiliation sera enregistrée au 1^{er} du mois suivant le dernier remboursement. Attention, si la demande de résiliation parvient au-delà de 3 mois, la résiliation prendra effet à l'échéance principale.
- **En cas d'accord d'ouverture des droits de l'assuré principal à la CMU ou à l'ACS,** la demande de résiliation devra se faire par lettre recommandée avec accusé de réception à Roederer, accompagnée du justificatif de bénéficiaire de la CMU ou de l'ACS. Cette demande devra parvenir dès réception de l'accord de l'ouverture des droits de l'Assuré. Elle sera effective à compter de la date d'ouverture des droits, si aucun remboursement de la part de Roederer n'a eu lieu. Dans le cas contraire, la résiliation sera enregistrée au 1^{er} du mois suivant le dernier remboursement.
- **En cas de départ à l'étranger de plus de 3 mois,** la demande de résiliation devra se faire par lettre recommandée avec accusé de réception à Roederer, accompagnée des justificatifs prouvant le départ comme par exemple un permis de travail, une carte de séjour, une facture de déménagement à l'étranger, un certificat de domiciliation à l'étranger. Cette demande devra parvenir au plus tard dans les 3 mois suivant le départ. Elle sera effective à compter du 1^{er} du mois suivant la réception de votre demande. Attention, si la demande de résiliation parvient au-delà de 3 mois, la résiliation prendra effet à l'échéance principale.

Les garanties cessent de fait pour l'assuré :

- **En cas de décès de l'assuré principal.**

- **En cas de non-paiement des cotisations** dans le mois qui suit leur échéance, l'Assuré reçoit une lettre recommandée valant mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances. Les garanties sont **suspendues trente jours après cet envoi**. Si, passé ce délai, l'Assuré n'a pas procédé au paiement demandé, son contrat est résilié, sans autre formalité, dans les dix jours suivants.
Les cotisations dues, restées impayées, sont recouvrées par l'Assureur ou le Gestionnaire par tout moyen y compris judiciaire.
Nonobstant ce qui précède, au titre de l'indemnité de résiliation, les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours, sans qu'il y ait lieu à la remise en vigueur du contrat.
En cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, l'Adhérent ne pourra pas, dans la même année civile, demander une nouvelle affiliation au Contrat.
- **Ainsi qu'en cas de résiliation de la convention.**
Dans ce dernier cas, l'Assuré pourra adhérer à l'un des régimes santé proposé par l'Assureur dans le cadre de la structure d'accueil d'Allianz Vie.

Les conséquences de la résiliation sont résumées dans le tableau suivant :

L'Assuré reçoit des prestations pour :	L'Assuré ne reçoit pas de prestations pour :
Les soins effectués avant la résiliation du contrat, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation du contrat y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débuté avant la résiliation.

Dissolution de l'Association Santé des Régions de France

En cas de dissolution de l'Association Santé des Régions de France, conformément aux dispositions de l'article L 141-6 du Code des assurances, les dispositions de la convention se poursuivent de plein droit en faveur des Assurés ayant adhéré antérieurement à la date de ladite dissolution.

Modification des garanties

La convention peut être modifiée par avenant. L'Association Santé des Régions de France s'engage à informer par écrit les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, l'Assuré pouvant ainsi dénoncer son adhésion en raison de ces modifications avant l'entrée en vigueur desdites modifications.

Autres dispositions

1) Révision

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires.

Si ces dernières venaient à être modifiées en cours d'exécution de la convention, celles-ci continueraient de s'appliquer compte tenu des dispositions précitées en vigueur avant l'effet de ces modifications. Toutefois, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision de la convention, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

L'Association Santé des Régions de France ainsi que les Assurés conservent néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la proposition de l'Assureur, respectivement, la résiliation du contrat ou de leur adhésion sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le 1er jour du mois civil suivant la demande de l'Association ou des Assurés ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure au jour précité.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

2) Circonstances nouvelles

En cours d'adhésion, l'Adhérent s'engage à signaler par lettre recommandée avec avis de réception à Roederer toutes circonstances nouvelles qui lui sont rattachées, dans les 30 jours qui suivent sa survenance. Ces circonstances nouvelles sont les suivantes :

- Changement de profession et/ou de statut professionnel,
- Accord d'ouverture de droit à la CMU ou ACS,
- Changement de domicile,
- Changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
- Changement de situation de famille,
- Changement de coordonnées bancaires,
- En cas de départ à l'étranger de plus de 3 mois.

Roederer tiendra compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la lettre recommandée.

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de l'état de santé de l'Assuré, Roederer propose soit une augmentation de cotisation et/ou un aménagement des garanties, soit la résiliation du contrat.

En cas de diminution du risque, Roederer propose une diminution de la cotisation.

Dans le cas où le signalement est fait au-delà des délais impartis ou n'a pas été communiqué, Roederer se réserve le droit de réaliser un rattrapage du différentiel de cotisations dues, en cas d'aggravation du risque jusqu'à la date de l'évènement et la résiliation sera possible uniquement à l'échéance principale. De plus, aucun remboursement de cotisations ne pourra être exigé par l'Assuré en cas de diminution du risque.

Cotisations

1) Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables directement par l'Assuré, seul responsable de leur versement. Elles sont dues à compter de la prise d'effet des garanties, indiquée au certificat d'adhésion.

La cotisation est payable mensuellement d'avance par prélèvement automatique et annuellement sur demande spécifique de l'Assuré au moment de son adhésion.

- **Si une cotisation n'a pas été versée à l'expiration d'un délai de dix jours après la date d'échéance du paiement**, l'Assuré reçoit une lettre recommandée valant mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances. Les garanties sont **suspendues trente jours après cet envoi**. Si, passé ce délai, l'Assuré n'a pas procédé au paiement demandé, son contrat est résilié, sans autre formalité, dans les dix jours suivant.
Les cotisations dues, restées impayées, sont recouvrées par l'Assureur ou le Gestionnaire par tout moyen y compris judiciaire.
Nonobstant ce qui précède, au titre de l'indemnité de résiliation, les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours, sans qu'il y ait lieu à la remise en vigueur du contrat.
En cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, l'Adhérent ne pourra pas, dans la même année civile, demander une nouvelle affiliation au contrat.

2) Montant des cotisations

Le montant des cotisations dépend de la garantie choisie, de l'âge de l'assuré, Régime de Sécurité Sociale et de son département de résidence. Le changement de tarif lié à la tarification par tranche d'âge* se fera au 1er jour du mois suivant l'anniversaire de l'assuré. Cette augmentation sera visible sur l'appel de cotisations annuelles.

Le montant en euro des cotisations (exonéré de taxe compte tenu de la législation en vigueur à la date d'effet précitée) figure au certificat d'assurance.

*Tranches d'âge :

- de 18 à 24 ans,
- de 25 à 29 ans,
- de 30 à 34 ans,
- de 35 à 39 ans,
- de 40 à 44 ans,
- de 45 à 49 ans,
- de 50 à 54 ans,
- de 55 à 59 ans,
- 60 ans et plus.

3) Indexation des cotisations

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation des soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

4) Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Conformément aux dispositions du paragraphe Autres dispositions 1^{er} alinéa, les cotisations pourront être révisées selon les modalités fixées au paragraphe précité. L'Association Santé des Régions de France ainsi que les Assurés conservent néanmoins la possibilité de demander respectivement la résiliation du contrat ou de leur adhésion selon les dispositions prévues au paragraphe précité.

5) Révision des cotisations en fonction des résultats techniques

Les montants des cotisations pourront être revus chaque 1^{er} janvier en fonction des résultats techniques de la convention.

L'Assureur communiquera à l'Association Santé des Régions de France, au plus tard, le 31 octobre, les nouveaux montants des cotisations applicables au 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Association Santé des Régions de France ainsi que les Assurés pourront résilier respectivement la convention ou leur adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur dans un délai d'un mois à compter de la notification de la modification des montants des cotisations par l'Assureur. La résiliation prendra effet le premier janvier de l'exercice suivant.

Bénéficiaires des garanties

Sont admis à bénéficier des garanties, seul l'Assuré souscripteur, nommément désigné au certificat d'adhésion bénéficiant du régime général de la Sécurité Sociale ou du régime local d'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou de tout autre organisme d'assurance maladie français (hors CFE). Aucune autre personne (ni conjoint, ni enfant) ne pourra être rattachée aux garanties de l'assuré.

Garanties et Prestations

Choix des garanties

Lors de son adhésion l'assuré choisit l'une des trois formules dénommées « SOLO 1 », « SOLO 2 » ou « SOLO 3 ».

L'Assuré peut modifier son choix :

- tous les ans au premier janvier, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre (cachet de la poste faisant foi);
 - en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans les trois mois suivant l'événement ; la formule prend alors effet le 1er jour du trimestre civil suivant l'événement (en cas de demande tardive, l'Assuré se retrouve dans le premier cas).
- Il est expressément convenu que le retour à une formule inférieure à celle précédemment choisie rend tout nouveau changement à la hausse impossible, en cas de changement de niveau les bonifications liées à l'antériorité ne seront pas conservées (dentaire – prothèse auditive).

Garantie maladie - chirurgie commune à toutes les formules

Au titre de l'hospitalisation, nous prenons en charge les frais exposés en établissement public ou privé conventionné ou non conventionné, sous la double condition que ces frais:

- soient liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale, y compris hospitalisation à domicile et maternité
- aient donné lieu à une intervention de la Sécurité Sociale.

Toutefois, le remboursement des frais est limité lorsque ceux-ci sont exposés :

- en établissement conventionné de lutte contre les maladies mentales : dans ce cas, la garantie Hospitalisation figurant aux dispositions particulières est limitée à 30 jours par année civile. Au-delà, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait journalier hospitalier et les frais de séjours.

Dans un établissement de cure thermale, les frais ne donnent lieu à aucun remboursement au titre de l'hospitalisation.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Montant des prestations

Les forfaits et plafonds s'entendent par année d'adhésion. Ils se renouvellent donc à la date anniversaire de l'affiliation de (sauf l'optique conférer tableau des garanties).

- Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues ci-dessous, compte tenu des versements de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance maladie français (hors CFE).

Nos garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale afin que le contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- il respecte les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant,
- il prend en charge toutes les prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- **il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins,**
- **il ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, dont les montants sont fixés par décret,**
- il permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur son attestation, si l'option a été souscrite.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

Frais exposés à l'étranger

En ce qui concerne les frais exposés à l'étranger, ils sont pris en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans les Dispositions Particulières, de la façon suivante :

- Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité Sociale française si et seulement si la Sécurité Sociale française continue de les prendre en charge pendant le séjour.
- Pour les soins liés à l'hospitalisation, le montant du remboursement des frais est celui du niveau de garantie souscrit dans la limite de 200 % du montant remboursé par la Sécurité Sociale.
- Pour les autres soins courants non pris en charge habituellement par le régime obligatoire français (ex : Implantologie, chambre particulière, ...) sont pris en charge sous condition que les factures soient exprimées en euros et rédigées en français (dans la limite des garanties souscrites).

Délais d'attente

Le contrat ne prévoit pas de délais d'attente.

Garanties et prestations

Les garanties mises en vigueur sont celles citées ci-après. Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base et ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

L'Option Tiers payant

1) Le mécanisme du tiers payant

Le contrat permet aux bénéficiaires des garanties de bénéficier optionnellement du mécanisme de tiers payant selon les modalités et en fonction des prestations précisées sur l'attestation annuelle de tiers payant.

Le remboursement de ses frais de soins dépend du professionnel de santé.

Ce dernier a le choix de :

- faire bénéficier du tiers payant,
- ne pas appliquer le tiers payant pour la part complémentaire.

2) Prestations avec tiers payant

Grâce à la carte de tiers payant Roederer, qui mentionne tous les domaines de santé (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), le bénéficiaire des garanties n'avance pas la part complémentaire des frais de soins qui est indiquée sur son attestation.

Pour en bénéficier auprès d'un professionnel de santé qui l'accepte, il suffit au bénéficiaire des garanties de présenter simplement sa carte de tiers payant.

En cas de perte ou de vol de sa carte de tiers payant, le bénéficiaire des garanties est invité à prendre contact avec les services de gestion Roederer afin d'effectuer une demande de réédition de sa carte.

Si le bénéficiaire des garanties cesse d'appartenir au groupe assuré pour quelque motif que ce soit, de même qu'en cas de suspension des garanties du contrat ou de résiliation de celui-ci, l'Assureur préviendra les professionnels de santé afin d'interrompre la pratique du tiers payant.

3) Prestations sans tiers payant

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant sur la part complémentaire, le bénéficiaire des garanties doit alors payer le reste à charge.

La télétransmission automatique des décomptes permet au bénéficiaire des garanties d'en obtenir le remboursement. Il lui suffit simplement de présenter sa carte vitale à son praticien, en s'assurant qu'elle soit à jour. Roederer reçoit de son côté les informations de la caisse d'assurance maladie nécessaires afin de procéder au remboursement.

Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuel régime de base. Plafonds et forfaits se renouvellent à la date anniversaire de l'adhésion. Seuls les forfaits optiques se renouvellent par année glissante, tous les deux ans à compter de la date d'achat. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

SOLO 1

Hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux - médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **300 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **180 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Forfait journalier hospitalier, frais de séjour - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels.

• **Chambre particulière - limitée à 30 jours / an en établissement de lutte contre les maladies mentales - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels dans la limite de **80 €** par jour d'hospitalisation.

• **Transport accepté par la Sécurité Sociale:**

Remboursement à concurrence de **100%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Soins courants pris en charge par la Sécurité Sociale

• **Visites, consultations et radiologie – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **150 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Visites, consultations et radiologie – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement dans la limite de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **270 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Analyses, auxiliaires médicaux et soins externes :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Pharmacie

• **Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

Prothèses Médicales prises en charge par la Sécurité Sociale

• **Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives, prothèses médicales et capillaires :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Dentaire

• **Soins dentaires, Inlay – onlay pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **200 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **200 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

*Le cumul des prestations versées au titre du « **remboursement en dentaire** », hors soins dentaires et orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale, est limité à **300 €** par an.*

• **Orthodontie, implantologie, parodontologie pris en charge ou non par la Sécurité Sociale :**

Complément aux éventuels paiements de la Sécurité Sociale à concurrence de **100 €** par an.

Optique pris en charge par la Sécurité Sociale

	Garantie
Équipement unifocal :	
Monture + 2 verres simples de classe 101 ou 102	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 50 € tous les 2 ans
Monture + 2 verres complexes de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 200 € tous les 2 ans (dont 50 € maxi pour la monture)
Monture + 1 verre simple de classe 101 ou 102 + 1 verre complexe de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 125 € tous les 2 ans (dont 50 € maxi pour la monture)
Équipement multifocal :	
Monture + 2 verres très complexes de classe 111, 112, 113 ou 114	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 200 € tous les 2 ans (dont 50 € maxi pour la monture)
Équipement mixte :	
Monture + 1 verre unifocal + 1 verre multifocal	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 125 € tous les 2 ans (dont 50 € maxi pour la monture)

Cette garantie optique s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'achat :

- *d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où la garantie s'applique par période d'un an.*
- *de deux équipements composés chacun de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux.*

Hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux - médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **300 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **180 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Forfait journalier hospitalier, frais de séjour - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels.

• **Chambre particulière - limitée à 30 jours / an en établissement de lutte contre les maladies mentales - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels dans la limite de **80 €** par jour d'hospitalisation.

• **Transport accepté par la Sécurité Sociale:**

Remboursement à concurrence de **100%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Soins courants pris en charge par la Sécurité Sociale

• **Visites, consultations et radiologie – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **150 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Visites, consultations et radiologie – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement dans la limite de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **270 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Analyses, auxiliaires médicaux et soins externes :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Pharmacie

• **Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

Prothèses Médicales prises en charge par la Sécurité Sociale

• **Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives, prothèses médicales et capillaires :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Dentaire

• **Soins dentaires, Inlay – onlay pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **250 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **250 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

*Le cumul des prestations versées au titre du « **remboursement en dentaire** », hors soins dentaires et orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale, est limité à **600 €** par an.*

• **Orthodontie, implantologie, parodontologie pris en charge ou non par la Sécurité Sociale :**

Complément aux paiements de la Sécurité Sociale à concurrence de **200 €** par an.

Optique pris en charge par la Sécurité Sociale

	Garantie
Equipement unifocal :	
Monture + 2 verres simples de classe 101 ou 102	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 100 € tous les 2 ans
Monture + 2 verres complexes de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 225 € tous les 2 ans (dont 100 € maxi pour la monture)
Monture + 1 verre simple de classe 101 ou 102 + 1 verre complexe de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 150 € tous les 2 ans (dont 100 € maxi pour la monture)
Equipement multifocal :	
Monture + 2 verres très complexes de classe 111, 112, 113 ou 114	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 225 € tous les 2 ans (dont 100 € maxi pour la monture)
Equipement mixte :	
Monture + 1 verre unifocal + 1 verre multifocal	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 150 € tous les 2 ans (dont 100 € maxi pour la monture)

Cette garantie optique s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'achat :

- **d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où la garantie s'applique par période d'un an.**
- **de deux équipements composés chacun de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux.**

Hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques - médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **300 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **180 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) - (en secteur non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Forfait journalier hospitalier, frais de séjour - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels.

• **Chambre particulière - limitée à 30 jours / an en établissement de lutte contre les maladies mentales - (en secteur conventionné ou non conventionné) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** des frais réels dans la limite de **80 €** par jour d'hospitalisation.

• **Transport accepté par la Sécurité Sociale:**

Remboursement à concurrence de **100%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Soins courants pris en charge par la Sécurité Sociale

• **Visites, consultations et radiologie – médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **150 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Visites, consultations et radiologie – médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement dans la limite de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **270 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Consultations pré et post opératoires (sur justificatif), médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (NON CAS, NON OPTAM, ...) :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Analyses, auxiliaires médicaux et soins externes :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Pharmacie

• **Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

Prothèses Médicales prises en charge par la Sécurité Sociale

• **Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives, prothèses médicales et capillaires :**

Remboursement à concurrence de **100 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Dentaire

• **Soins dentaires, Inlay – onlay pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **300 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

• **Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité Sociale :**

Remboursement à concurrence de **300 %** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

*Le cumul des prestations versées au titre du « **remboursement en dentaire** », hors soins dentaires et orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale, est limité à **900 €** par an.*

• **Orthodontie, implantologie, parodontologie pris en charge ou non par la Sécurité Sociale :**

Complément aux paiements de la Sécurité Sociale à concurrence de **300 €** par an.

Optique pris en charge par la Sécurité Sociale

	Garantie
Equipement unifocal :	
Monture + 2 verres simples de classe 101 ou 102	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 150 € tous les 2 ans
Monture + 2 verres complexes de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 250 € tous les 2 ans (dont 150 € maxi pour la monture)
Monture + 1 verre simple de classe 101 ou 102 + 1 verre complexe de classe 103 ou 104	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 175 € tous les 2 ans (dont 150 € maxi pour la monture)
Equipement multifocal :	
Monture + 2 verres très complexes de classe 111, 112, 113 ou 114	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 250 € tous les 2 ans (dont 150 € maxi pour la monture)
Equipement mixte :	
Monture + 1 verre unifocal + 1 verre multifocal	Remboursement à concurrence de 100 % des frais réels dans la limite de 175 € tous les 2 ans (dont 150 € maxi pour la monture)

Cette garantie optique s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'achat :

- **d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où la garantie s'applique par période d'un an.**
- **de deux équipements composés chacun de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de l'achat, pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux.**

- **Certificat d'adhésion** : Document émis par le Service Gestion de ROEDERER SAS qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'Assuré et de ses bénéficiaires, la date d'effet de la garantie, le niveau souscrit, la date d'échéance, le montant des cotisations mensuelles à la date d'effet de la garantie jusqu'à l'échéance principale.
- **Echéance principale** : Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée au 01/01 de chaque année.
- **Montant de remboursement de la Sécurité Sociale** : Somme que la Sécurité Sociale vous rembourse.
- **Base de remboursement de la Sécurité Sociale** : Tarif de référence déterminé entre l'Etat et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité Sociale calcule son remboursement.
- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale.
Sont notamment visés :
 - les Contrats d'Accès aux Soins (CAS),
 - les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO), ...
- **Dépassement d'honoraires** : Somme qu'un praticien peut vous demander de payer au-delà de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- **Tarif forfaitaire de responsabilité** : Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.
- **Catégories de médecins** :
Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils adhèrent ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.
 - **Médecin conventionné en secteur 1**
Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.
 - **Médecin conventionné en secteur 1 avec Dépassement Permanent (DP)**
En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.
 - **Médecin conventionné en secteur 2**
Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
 - **Médecin conventionné ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS - OPTAM)**
En adhérant au Contrat d'Accès aux Soins défini par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.
 - **Médecin non conventionné**
Il a choisi de se décaler personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.
- **Auxiliaires médicaux** sont des professionnels de la santé dont les conditions d'exercice sont régies par le Code de la Santé Publique. On distingue notamment parmi eux les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les podologues, les pédicures, etc...
- **Etablissements**
 - **Établissement de lutte contre les maladies mentales** : Établissement relevant des catégories 1111 et 1103 du Fichier National Des Établissements Sanitaires et Sociaux.
 - **Établissement ou Médecin Conventionné** : Établissement ou médecin lié à la caisse de la Sécurité Sociale par une convention de tarif.
 - **Établissement ou Médecin Non Conventionné** : Établissement ou médecin non lié à la caisse de la Sécurité Sociale par une convention de tarif. Ils fixent eux-mêmes leur tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.
- **Frais réels** : Dépense réellement engagée.
- **Forfait journalier Hospitalier** : Somme journalière restant à charge pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 h. Il est toutefois pris en charge par la complémentaire santé sans aucune limitation de durée d'hospitalisation dans le cadre du contrat Responsable. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés selon l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.
- **Frais de Séjour** : Frais comprenant les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire relatifs aux soins dispensés à l'occasion d'un séjour de 24 h minimum dans un établissement de Soins de longue durée, Établissement de lutte contre les maladies mentales ou Établissement Conventionné (tel que défini ci-dessus) et comportant au moins une nuit.
- **Dentaire**
 - **Inlay – Onlay** : c'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage), le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.
 - **Implantologie** : l'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente. Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'une vis, d'un pilier implantaire et d'une couronne.
 - **Orthodontie** : des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisant l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.

Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois. Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.

La Sécurité Sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme. Au-delà de cet âge et sans prise en charge Sécurité Sociale, cela est assimilé à de l'orthodontie adulte.

- **Plafond annuel de remboursement du poste dentaire** : le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au Certificat d'Adhésion de l'Adhérent.
- **Parodontologie** : partie de la dentisterie spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, tissu osseux, cément et ligament parodontal.

• **Optique**

• **Verre simple** :

Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

• **Verre complexe** :

- Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries.
- Verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif.

• **Verre très complexe** :

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

• **Matériaux et classe** :

Classe Adulte	Définition contrat Responsable
Unifocaux	
101	Simple
102	Simple
103	Complexe
104	Complexe
Multifocaux	
111	Complexe
112	Complexe
113	Complexe
114	Très Complexe

• **Tiers payant** : Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

• **Transport** : Il s'agit du transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'adhérent garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Les formalités à effectuer en cas de sinistre

En général, les décomptes et ceux des membres de la famille de l'Assuré sont communiqués par télétransmission. Si cela n'était pas le cas, le bénéficiaire des garanties doit envoyer les originaux des décomptes de la Sécurité Sociale.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale en secteur conventionné.

Aucune copie ou photocopie des documents émis par la Sécurité Sociale n'est acceptée.

Afin que l'Assureur contrôle l'adéquation entre les travaux effectués et les travaux facturés, l'Assuré doit fournir toute pièce justificative.

L'Assuré dispose d'un délai de deux ans maximum, (délai légal de prescription défini par l'article L.114-1 du code des Assurances) à compter de la date de réalisation des soins, pour demander les remboursements éventuels.

Pièces à fournir :

En cas d'hospitalisation :

. Les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie :

. Les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité Sociale sauf dans le cas de la télétransmission,

. Les factures détaillées des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité Sociale et / ou ordonnances médicales.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire.

Les dispositions légales et réglementaires

Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre l'Assuré.

Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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 l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. 8

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Réclamation

1) Qu'est-ce qu'une réclamation ?

Une réclamation est une déclaration par laquelle l'Assuré manifeste son mécontentement envers Roederer, sur un ou des sujets clairement identifiés.

2) Comment faire une réclamation ?

La réclamation peut se faire soit téléphoniquement auprès du Responsable Conformité (03.88.76.73.00), soit par voie postale ou par mail à :

GRUPE ROEDERER

A l'attention du Responsable Conformité

BP 50076

67024 Strasbourg Cedex 1

Email : responsable.conformite@roederer.fr

3) Comment est traitée votre réclamation ?

CE QU'IL ADVIENT DE VOTRE RECLAMATION

La réclamation sera traitée comme prévue dans les points ci-après. Si elle porte sur l'application d'un contrat d'assurance, elle sera transmise à l'organisme assureur du contrat.

DELAÏ DE TRAITEMENT

Roederer s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrés à compter de sa réception.

Roederer s'engage à apporter une réponse positive ou négative dans un délai de deux mois à compter de la réception de la totalité des éléments de réclamation si la réponse est de notre fait.

REPONSE APPOREE

Si l'Assuré n'est pas satisfait de la réponse apportée, il peut contacter le Médiateur de l'Assurance.

Celui-ci est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès des services du gestionnaire. En application des dispositions de l'article L616-1 du Code de la consommation, Il peut être saisi par l'un des moyens suivants :

Adresse Postale : La Médiation de l'Assurance - Pôle CSCA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Adresse Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

Adresse du site internet : www.mediation-assurance.org

4) Conservation des documents

Les documents en lien avec votre réclamation sont conservés cinq ans à compter de la date de réception.

Délai de renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, l'Assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de l'émission du certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties (ledit certificat valant notification de la conclusion de l'adhésion) pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, sous la seule condition de n'avoir eu connaissance de la survenance d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat à la date de renonciation à l'adhésion.

L'Assuré doit alors adresser à Roederer SAS, Département Vie et Prévoyance Individuelles - 2 rue Bartisch, B.P. 50076 - 67024 STRASBOURG - Cedex 1 - France, une lettre recommandée avec avis de réception suivant le modèle ci-après :

« Je soussigné M... demeurant au ... renonce à mon adhésion à la Convention n° 222 000 souscrite par l'Association Santé des Régions de France auprès d'Allianz Vie, conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir eu connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

Date...

Signature »

Ce délai de renonciation ne peut pas être exercé si des prestations sont engagées.

La protection des données personnelles

1) Identité des responsables conjoints du traitement des Données à Caractère Personnel

La SAS ROEDERER courtier d'assurance, au travers de son responsable conformité.
ALLIANZ VIE, entreprise régie par le code des assurances et porteur des risques.

2) Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'assureur recueille et traite les données personnelles l'Adhérent / l'Assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations, nommés ci-après « l'assuré ». Les données recueillies lui sont nécessaires pour respecter ses obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat et mieux connaître « l'assuré ».

Gérer l'adhésion au contrat et respecter les obligations légales

Les données personnelles de « l'assuré » sont indispensables à l'assureur pour l'identifier comme pour conclure et exécuter son adhésion au contrat. Elles sont également nécessaires à l'Association souscriptrice, l'Association Santé des Régions de France (ASRF) pour la gestion de l'adhésion à cette dernière.

Les données de santé de « l'assuré » font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre l'assureur a besoin des données personnelles des « assurés » pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à sa profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux connaître « l'assuré » et mieux le servir

En permettant de mieux connaître « l'assuré », ses données aident le responsable de traitement à lui proposer et/ou lui présenter des produits, des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées aux habitudes de vie de « l'assuré », à sa localisation...

Avec l'accord express de « l'assuré », ses données peuvent également servir un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de la satisfaction de « l'assuré ».

En cas d'adhésion en ligne, l'assureur utilise un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit la décision de l'assureur, « l'assuré » peut demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

3) Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » prioritairement les entreprises du groupe Allianz, les entreprises du groupe ROEDERER mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de l'adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux et pour les données afférentes à la gestion de l'adhésion de « l'assuré » à l'association souscriptrice : l'Association Santé des Régions de France (ASRF).

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur prend des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données. Si « l'assuré » souhaite obtenir des informations sur ces garanties, il peut écrire à l'assureur à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

4) Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?

Dans le cas d'un prospect sans conclusion d'une adhésion au contrat

L'assureur conserve les données :

- commerciales : au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance ;
- médicales : au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Dans le cas d'un client

L'assureur conserve les données tout au long de la vie de l'adhésion au contrat de l'assuré. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

5) Quelle est l'utilité des cookies ?

Les cookies sont utilisés car ils facilitent et accélèrent la navigation de « l'assuré » sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur l'ordinateur de « l'assuré », son smartphone, sa tablette ou son navigateur... Grâce à eux, les habitudes de connexion de « l'assuré » sont reconnues et ses pages sont chargées plus rapidement.

6) Données personnelles : quels sont les droits de « l'assuré » ?

Consulter, modifier, effacer... « l'assuré » dispose de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de ses données :

- **Le droit d'opposition**, sauf lorsque les données personnelles s'avèrent indispensables à l'exécution du contrat où qu'il existe des motifs légitimes et impérieux empêchant sa mise en œuvre ;
- Le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;
- Le droit à l'effacement, dans les limites de la loi informatique et libertés du 06/01/78 (modifiée par l'ordonnance du 6/8/2004) et de toute législation à venir ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, « l'assuré » s'adresse directement à la CNIL.

De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de ses données sur le site www.roederer.fr ou le site www.allianz.fr.

Enfin, le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr.

7) Qui est responsable des données de « l'assuré » ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.425 €

340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise(s) régie(s) par le Code des assurances

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr

ROEDERER SAS

SAS au capital de 7.000.000€

N°SIRET 339 623 860 000 55

N°ORIAS 07 000 336 www.orias.fr

2 rue Bartisch

P.P.50076 – 67024 STRASBOURG, Cedex 1 , France.

8) Comment « l'assuré » exerce ses droits ?

Pour s'opposer à l'utilisation de ses données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, « l'assuré » peut solliciter directement l'assureur et écrire au « responsable des données personnelles » de l'assureur ou le cas échéant de son courtier. Pour savoir à quelle adresse écrire, « l'assuré » doit se rendre au paragraphe « Les contacts ».

Vos demandes d'exercice de vos droits pourront être adressées à l'un quelconque des responsables de traitement qui se chargera de la répercuter au responsable conjoint dudit traitement. Les responsables conjoints de traitement informeront leurs sous-traitants respectifs éventuels.

En cas de réclamation et si la réponse de l'assureur ne le satisfait pas, « l'assuré » peut s'adresser à la CNIL.

9) Les contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il suffit à « l'assuré » d'écrire :

- par mail à l'adresse suivante : informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse : Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.
- par mail à l'adresse suivante : responsable.conformite@roederer.fr,
- par courrier à l'adresse : ROEDERER SAS - 2 rue Bartisch - BP 50076 - 67024 STRASBOURG - Cedex 1 - France.

Pour toutes demandes, « l'assuré » ne doit pas oublier de joindre un justificatif d'identité.

ANNEXE : Actes de prévention ALLIANZ (article 1er de l'arrêté du 8 juin 2006) :

En application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité Sociale, les garanties de votre contrat d'assurance doivent comprendre la prise en charge totale du ticket modérateur pour deux des prestations de prévention fixées réglementairement.

Nous prenons en charge, l'ensemble des actes de préventions ci-dessous dans les conditions fixées au tableau de garanties :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivant :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
SA au capital de 643 054 425 euros
1 cours Michelet
CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Association Santé des Régions de France

Association régie par les articles 21 à 79-III du Code civil local, inscrite au registre des Associations du tribunal d'instance de Strasbourg
Siège social : 2, rue Bartisch – 67100 Strasbourg