

À CONSERVER



Conditions Générales du contrat Complémentaire Santé Direct Assurance

Septembre 2012

Objet du contrat Direct Assurance Santé	3
Présentation du contrat Direct Assurance Santé	3
Qui peut adhérer ?	3
Quelles sont vos garanties ?	3
Vos remboursements	5
Votre cotisation	5
La vie de votre contrat	6
L'Assistance	8
Tableau des prestations	13
Lexique	14

Nota :

Tous les mots ou expressions, dont les initiales sont en majuscules, sont définis dans le corps des présentes Conditions Générales ou dans son lexique.

OBJET DU CONTRAT DIRECT ASSURANCE SANTÉ

Il a pour objet de garantir, pour l'adhérent et sa famille assurée, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un Accident, en complément des prestations versées par leur Régime Obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées.

PRÉSENTATION DU CONTRAT DIRECT ASSURANCE SANTÉ

Le présent Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative.

Le Contrat est dit "responsable" car il respecte les exigences visées aux articles 20 et 57 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, et ses décrets. En conséquence, il prévoit les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions et prend en charge au minimum deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'Arrêté du 8 juin 2006. Mais ce Contrat ne peut :

- ni compenser la majoration du Ticket Modérateur en cas de non respect du Parcours de Soins,
- ni prendre en charge une part des dépassements d'honoraires que sont autorisés à pratiquer certains médecins spécialistes en cas de non respect du parcours de soins,
- ni prendre en charge la Participation Forfaitaire de 1€, instaurée au 1^{er} janvier 2005,
- ni prendre en charge la Franchise Médicale prévue à l'alinéa 3 de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le contrat est souscrit par l'Association « Association Conseil Branche Santé », appelée ci-après, l'Association, dont le siège social se trouve : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 Vallauris, auprès d'Avanssur, dont la marque est Direct Assurance, Société Anonyme au capital de 67 155 752.86 euros entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 163 -167 avenue Georges Clémenceau - 92742 Nanterre Cedex, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 378393946, appelée ci-après, l'Assureur.

QUI PEUT ADHÉRER ?

Vous pouvez adhérer à ce Contrat, sous réserve d'acceptation par l'Association, si :

- vous bénéficiez d'un régime d'assurance maladie obligatoire français,
- vous avez rempli, daté et signé votre Demande d'Adhésion en précisant les garanties et options choisies,
- vous avez réglé les cotisations associatives dont les montants sont précisés dans les présentes Conditions Générales,
- vous avez souscrit, pour l'ensemble des bénéficiaires, la même garantie.

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

PRINCIPES ESSENTIELS COMMUNS AUX GARANTIES

Le contrat Direct Assurance Santé prend en charge, en fonction des garanties souscrites, le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après intervention du Régime Obligatoire,
- des dépenses de soins médicalement prescrites non prises en charge par le Régime Obligatoire mais relevant des garanties du présent Contrat,
- des dépenses entrant dans le cadre des forfaits spécifiques prévus dans vos garanties,
- des dépenses liées aux obligations prévues dans le cadre d'un contrat responsable.

L'ensemble des garanties vous est décrit dans le Tableau des Prestations situé page 13 des présentes Conditions Générales.

Si des garanties présentes dans le Tableau des Prestations ne sont pas mentionnées sur votre Certificat d'Adhésion, c'est que vous n'en bénéficiez pas. Les dépenses et frais indiqués ci-contre doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion au contrat Direct Assurance Santé.

Si les remboursements du Régime Obligatoire venaient à être modifiés en cours d'année, l'Assureur pourrait décider de maintenir la Base de Remboursement qui existait avant cette modification.

En cas de non reconduction du Contrat entre l'Association et l'Assureur, celui-ci s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés.

L'Association procède aux actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du Contrat et des adhésions. Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

Ce Contrat est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce Contrat peut également être modifié par avenant. L'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations selon les dispositions légales du Code des Assurances.

Le souscripteur est également Adhérent au Contrat sauf mention contraire stipulée sur le Certificat d'Adhésion.

Les déclarations de l'Adhérent servent de base à son adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets et des dispositions du Code des Assurances.

L'adhésion est composée :

- de la Demande d'Adhésion signée par l'Adhérent et exprimant sa volonté d'adhérer dans les conditions qui y sont prévues,
- du Certificat d'Adhésion qui exprime l'accord de l'Association, et,
- des présentes Conditions Générales décrivant les garanties et options de la complémentaire Direct Assurance Santé présentée par Direct Assurance.

Le Contrat est rédigé et conclu en langue française.

DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER:

Les garanties s'exercent en France et dans les pays où le Régime Obligatoire prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en France et en euro. Les documents justificatifs devront être traduits si nécessaire selon les nomenclatures françaises, et les montants convertis en euro.

DÉTAILS DES GARANTIES DE BASE

■ L'HOSPITALISATION

L'Adhérent conserve le libre choix de l'Etablissement Hospitalier Conventionné. Il peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association dans la limite du Ticket Modérateur pour les actes remboursés par le Régime Obligatoire. Le Forfait Journalier Hospitalier et la chambre particulière peuvent également donner lieu à prise en charge aux conditions prévues par le Contrat.

La prise en charge ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en Etablissement Hospitalier Conventionné.

- Les honoraires médicaux et chirurgicaux ainsi que les frais de séjour restant à votre charge après intervention du Régime Obligatoire seront remboursés dans la limite des garanties souscrites.

- Le Forfait Journalier Hospitalier, la chambre particulière et le lit d'accompagnant sont pris en charge pour toute Hospitalisation médicale ou chirurgicale en Etablissement Hospitalier Conventionné, si prévus au Contrat et dans la limite des garanties souscrites, sur présentation de la facture acquittée ou directement à l'établissement si prise en charge préalable par l'Association.

- Les frais de lit d'accompagnant seront remboursés si l'accompagnant est un des bénéficiaires du Contrat ou un tiers.

- L'Hospitalisation à domicile : remboursement en complément du Régime Obligatoire pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, dans la limite prévue dans le [Tableau des Prestations](#).

■ SÉJOURS SPÉCIALISÉS/HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Sont pris en charge au titre de ces garanties, les séjours et Hospitalisations suivants, effectués au sein d'un Etablissement Hospitalier Conventionné et pris en charge par le Régime Obligatoire : les séjours spécialisés de repos, de réadaptation, de diététique, de convalescence, de moyens séjours et autres séjours similaires ainsi que les séjours en établissements climatiques, en maison d'enfants à caractère sanitaire et social ainsi que les séjours psychiatriques et neuropsychiatriques.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Cette garantie comprend le Forfait Journalier Hospitalier et la chambre particulière.

La durée de prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire pour les séjours ou Hospitalisations en secteur conventionné liés à une affection neuropsychiatrique ou psychiatrique et à 30 jours par année civile et par bénéficiaire pour les autres séjours spécialisés.

Les garanties liées à l'Hospitalisation et les séjours spécialisés sont soumis à un Délai d'Attente décrit au paragraphe "[Début des garanties et Délai d'Attente](#)" page 6.

■ LA PHARMACIE

Cette garantie vous rembourse à hauteur de 100% de la Base de Remboursement les frais de médicament restant à votre charge après remboursement de votre Régime Obligatoire.

Néanmoins, selon le niveau de garantie choisi et mentionné dans votre Certificat d'Adhésion, une partie des frais de pharmacie (Vignettes Bleues ou Vignettes Oranges) pourra rester à votre charge. Dans ce cas, vous ne pourrez pas bénéficier du tiers-payant quelque soit le professionnel de santé consulté.

■ LES CONSULTATIONS ET VISITES, AUXILIAIRES MÉDICAUX, ANALYSES, SOINS EXTERNES ET ACTES DE RADIOLOGIE

- Votre contrat Direct Assurance Santé prend en charge, dans la limite des garanties souscrites, les honoraires de consultation au cabinet ou de visite effectuée par le médecin à votre domicile ou de consultation en Etablissement Hospitalier Conventionné, et ayant donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire.

- Ces actes sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques si ils sont réalisés hors Parcours de Soins Coordonnés. Dans ce cas, la hausse du Ticket Modérateur et/ou les dépassements d'honoraires autorisés ne seront pas pris en charge par le contrat Direct Assurance Santé, conformément aux dispositions relatives aux Contrats Responsables.

- La prise en charge des consultations et visites liées à une maladie psychiatrique ou neuropsychiatrique est limitée à 6 consultations ou visites par année civile et par assuré. Au-delà, de ces 6 consultations ou visites liées à une maladie psychiatrique ou neuropsychiatrique, les consultations ou visites liées à une maladie psychiatrique ou neuropsychiatrique sont remboursées au Ticket Modérateur uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés.**

■ LE TRANSPORT

Cette garantie prend en charge les frais de transport prescrits médicalement et ayant donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire.

■ LES PROTHÈSES MÉDICALES

Cette garantie prend en charge les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de prothèse auditive ayant donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire.

■ LES GARANTIES DENTAIRES

- La garantie "soins dentaires" prend en charge en complément du Régime Obligatoire, les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste, les frais de soins dentaires dits "conservateurs", et les frais de soins chirurgicaux.

Les soins conservateurs sont par exemple le détartrage, le traitement d'une carie, la dévitalisation etc....

- La garantie "orthodontie et prothèses dentaires" prend en charge, en complément du Régime Obligatoire, les frais de prothèse dentaire et d'orthodontie.

■ LA GARANTIE "OPTIQUE" (SI PRÉVUE DANS VOTRE GARANTIE DE BASE)

Cette garantie prévoit, dans la limite des garanties souscrites, le versement d'un montant complémentaire au remboursement du Régime Obligatoire. Ce montant complémentaire couvre l'achat de verres et montures remboursés par le Régime Obligatoire et les lentilles prescrites (acceptées ou refusées).

Dans le cas de lentilles prescrites mais refusées par le Régime Obligatoire, le remboursement se fera sur présentation de la facture acquittée.

■ FORFAIT "OPÉRATION DE LA VISION AU LASER" (SI PRÉVU DANS VOTRE GARANTIE DE BASE)

Cette garantie prend en charge dans la limite des garanties souscrites, les frais liés à une opération de la vision au laser, prescrite médicalement. Le montant par oeil accordé au titre de cette garantie s'entend par année remboursés par le Régime Obligatoire et les lentilles prescrites (acceptées ou refusées). Le remboursement se fera sur présentation de la facture acquittée.

■ FORFAIT NAISSANCE / ADOPTION (SI PRÉVU DANS VOTRE GARANTIE DE BASE)

A la naissance ou à l'adoption de chaque enfant, sur présentation de l'acte de naissance/adoption ou de la copie du livret de famille, l'Association verse une indemnité forfaitaire dont le montant est indiqué dans le Tableau des Prestations. Cette indemnité est versée sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent sa naissance, et à condition qu'un des parents soit inscrit sur le contrat à la date de naissance/date d'adoption de l'enfant. Si le père et la mère sont inscrits tous les deux sur le Contrat, il ne sera versé qu'un seul forfait.

LES OPTIONS

Votre contrat Direct Assurance Santé vous permet de choisir parmi 3 types d'options différents, selon la garantie de base souscrite. La souscription à ces options peut se faire lors de l'Adhésion ou durant la vie du Contrat, en respectant la règle d'évolution des garanties définie dans le chapitre "[La Vie de votre Contrat](#)" page 6.

- Si vous choisissez le niveau de base "ÉCO", vous pouvez bénéficier exclusivement de l'option "Extension Pharmacie".**

Grâce à cette option, vous serez remboursé à hauteur de 100% de la Base de Remboursement pour toutes vos dépenses de médicaments prises en charge par le Régime Obligatoire (Vignettes Blanches, Bleues et Oranges). Vous bénéficiez en plus du Tiers-Payant qui vous dispensera de payer la part restant à votre charge y compris lors de l'achat de vos médicaments ([voir rubrique "Télétransmission et Tiers-Payant" page 5](#)).

Pour rappel, le niveau de base "ÉCO" prend en charge :

- à hauteur de 30% de la Base de Remboursement les médicaments sur lesquels figurent les Vignettes Bleues

- à hauteur du taux de remboursement du Régime Obligatoire en vigueur le jour de la dépense médicale, les médicaments sur lesquels figurent les Vignettes Oranges.

- Si vous souscrivez les niveaux de base "INITIAL 100", "EQUILIBRE 150" ou "OPTIMAL 200", vous pourrez choisir les options "Extension" et/ ou "Plus" associés à chacun de ces niveaux.**

- L'option "Extension"** permet d'améliorer votre niveau de garanties sur les postes :

- Honoraires chirurgicaux.

- Consultations/visites/actes techniques médicaux.

- Prothèses dentaires : sur ce poste, pour bénéficier de l'augmentation de garanties liée à l'option, l'assuré concerné devra avoir réalisé auprès de son dentiste une visite de contrôle (la visite préalable pour la préparation de la prothèse dentaire n'est pas une visite de contrôle) dans les 12 mois précédant tout démarrage de travaux concernant une prothèse dentaire. Si une visite de contrôle dans un but de prévention n'est pas effectuée, la garantie restera celle du niveau de base, non améliorée.

- Optique médicale.

L'augmentation des garanties liée à l'option "Extension" dépend du niveau de base choisi et vous est précisée dans le [Tableau des Prestations](#) figurant page 13.

- L'option "Plus"**, vous permet de bénéficier de nouvelles garanties non prévues sur votre niveau de base :

- Garantie cures thermales médicalement prescrites : le versement du forfait "cure thermale", exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale.

- Ostéopathie, chiropractie : sur présentation des factures acquittées.
- Médicaments prescrits et non remboursés : sur présentation de l'ordonnance médicale, des factures détaillées et acquittées.

Les montants pris en charge dans le cadre de l'option "Plus" pour chacune des garanties évoquées ci-dessus, dépendent du niveau de base choisi et vous sont précisés dans le [Tableau des Prestations](#) figurant page 13.

Important pour vos garanties de base et options :

- Si l'une des garanties ou options mentionnées ci-dessus ne figure pas sur votre Certificat d'Adhésion, cela signifie que vous n'avez pas demandé à en bénéficier.**

- La Participation Forfaitaire de 18€ liée aux actes dits "lourds" c'est-à-dire ayant un tarif supérieur ou égal à 120 euros ou un coefficient supérieur ou égal à 60 est prise en charge par le contrat Direct Assurance Santé.**

CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR VOTRE CONTRAT

■ SONT EXCLUS DE TOUT REMBOURSEMENT :

- Les actes non reconnus par le Régime Obligatoire – sauf précision contraire dans le Tableau des Prestations – et les garanties non mentionnées sur votre Certificat d'Adhésion.**

- La chirurgie / soins esthétiques, les cures de toutes natures, sauf celles pouvant être prises en charge dans le cadre de l'option "Plus", la thalassothérapie.**

VOS REMBOURSEMENTS

QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS ?

Le montant de vos remboursements dépend des garanties et/ou options auxquelles vous avez souscrites et de la nature de vos dépenses médicales.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel vous pourriez être assuré et dans la limite de vos garanties. Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de votre dépense réelle.

Les montants de remboursement figurant dans le [Tableau des Prestations](#) (se situant en page 13) sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de Remboursement),

- ou sous la forme de montants en euros. Ces montants sont soit journaliers, soit valables par année civile et par bénéficiaire et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

Les remboursements de Direct Assurance Santé s'effectuent toujours en France et en euros à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement des régimes d'assurance maladie,

- soit des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement de l'assurance maladie,

- soit, à défaut de télétransmission, des factures des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (fauteuils roulants, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et autres appareillages),

- soit de la facture délivrée par le praticien ou l'hôpital pour les lentilles, l'ostéopathie et la chiropractie, la chirurgie de la vision au laser, ou encore le Forfait Journalier Hospitalier, le lit d'accompagnant, la chambre particulière lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire et prévus dans vos garanties.

VOTRE COTISATION

QUAND VOTRE COTISATION ÉVOLUE-T-ELLE ?

- Au 1^{er} janvier**, votre cotisation évoluera :

- selon votre âge,

- suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'Adhérents,

- suite à un accroissement de l'indice de consommation médicale publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,

- suite à une modification législative, réglementaire, ou fiscale.

- Les séjours en gérontologie, en instituts médicaux pédagogiques et établissements similaires.**

- Les séjours en centres hospitaliers dits de longs séjours ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes.**

- Les hôtels ou logements assimilés réservés par les Adhérents dans le cadre de leur séjour en cure.**

- Les séjours de toutes natures et notamment de nature psychiatrique en hôpitaux ou cliniques non conventionnés.**

- Les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.**

- Conformément au Code des Assurances les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau de l'atome.**

- En outre, le contrat Direct Assurance Santé ayant la qualité de "Contrat Responsable" il ne prendra jamais en charge :**

- la Participation Forfaitaire de 1€ qui reste à la charge des assurés sociaux,

- les Franchises Médicales,

- la diminution du remboursement du Régime Obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du Parcours de Soins Coordonnés ou au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).

Vous disposez de deux ans pour nous faire parvenir vos feuilles de soins et/ou factures justificatives, période après laquelle aucun remboursement ne pourra vous être accordé.

TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT

Le bénéfice des services de télétransmission et de Tiers-Payant est lié à la transmission de la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille lors de l'Adhésion au Contrat.

- Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM, et le GAMEX** : les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires de ces Régimes Obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Adhérent à l'Association. L'Adhérent peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association mettre fin à ces télétransmissions.

- Tiers-Payant santé** : sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de Tiers-Payant santé, à condition que les dépenses de santé soient concernées par le Tiers-Payant, que le professionnel de santé accepte également le Tiers-Payant avec le Régime Obligatoire et que la garantie prévoit au minimum le Ticket Modérateur.

Le Tiers-Payant est disponible sur l'ensemble des niveaux de garanties, à l'exception du niveau "ÉCO" souscrit sans l'option "Extension Pharmacie".

QUELLE DÉMARCHE ACCOMPLIR EN CAS DE FRAIS MÉDICAUX SUITE À UN ACCIDENT ?

En cas d'Accident, les remboursements complémentaires interviennent dans les limites prévues dans le [Tableau des Prestations en page 13](#).

Si celui-ci est causé par un tiers, vous devez en faire la déclaration à l'Association.

Les remboursements de Direct Assurance Santé, tels que prévus dans le Tableau des Prestations, se feront dans ce cas, en complément des autres organismes et dans la limite des frais réels.

Les cotisations versées au titre des garanties Direct Assurance Santé par les travailleurs non salariés dont les revenus sont déclarés au titre des BIC ou BNC bénéficient des dispositions fiscales de la Loi Madelin du 11 février 1994 et de ses décrets.

- Lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale ou intermédiaire qui suit cette application, les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation.

En cas de désaccord, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat en nous envoyant une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle vous avez pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet 30 jours après l'expédition de votre lettre recommandée.

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum.

La date d'échéance principale est ensuite toujours fixée au 1^{er} janvier de chaque année. Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel (prélèvement bancaire obligatoire), trimestriel ou semestriel. Les droits associatifs sont inclus dans le tarif mensuel à hauteur de 0,30 euro pour les personnes de moins de 21 ans et de 1,22 euro pour les personnes de 21 ans et plus.

En cas de paiement tardif et partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhèrent.

En cas d'adhésion en cours de période, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

En cas de non-paiement de la cotisation (ou de la fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du Contrat en justice, nous :

LA VIE DE VOTRE CONTRAT DÉBUT DES GARANTIES ET DÉLAI D'ATTENTE

Les garanties prennent effet pour chaque bénéficiaire après acceptation par l'Association, à compter de la date indiquée sur son Certificat d'Adhésion et sous réserve du paiement de la cotisation. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception de la Demande d'Adhésion par Direct Assurance. Toutefois, la prise d'effet des garanties est soumise aux périodes d'attente décrites ci-dessous.

L'application du Délai d'Attente diffère l'ouverture des droits de 60 jours pour l'ensemble des frais liés à l'Hospitalisation (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, Forfait Journalier Hospitalier, lit d'accompagnant, transport, services spécialisés). Cependant, il y a application immédiate des garanties en cas d'Hospitalisation suite à un Accident, à une Maladie Infectieuse (telles que définie dans le présent Contrat) ou à une maternité, ou en cas d'ajout sur le Contrat d'un nouveau né dans les deux mois qui suivent la naissance.

Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue sur le Certificat d'Adhésion.

Ce Délai d'Attente est également supprimé pour les Adhérents assurés auprès d'un autre organisme sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, sur justificatifs de ces garanties et du certificat de radiation.

CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

La première augmentation ou diminution de garanties - changement de niveau et/ou ajout/retrait d'option(s) - ne peut intervenir **qu'après un délai d'un an suivant la date d'effet du Contrat**, au début de chaque trimestre civil et dans la limite d'une modification par période de 12 mois.

Par ailleurs, si au cours de la vie du Contrat, une augmentation de garantie a eu lieu - modification de niveau et/ou ajout d'option(s) - **la diminution de garanties ne pourra intervenir que dans un délai de deux ans suivant la prise d'effet de cette augmentation.**

Toute modification de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et fera l'objet d'un avenant au Contrat.

RENONCIATION AU CONTRAT

Vous avez le droit de renoncer à votre Contrat :

- Si vous avez souscrit votre Contrat à distance**

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance l'opération d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur qui, pour ce Contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du Contrat.

- envoyons une lettre recommandée de mise en demeure à l'adresse de l'Adhèrent. Les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de cette mise en demeure,

- résilions le Contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours entraînant la suspension du Contrat (Art. L113-3 du Code des Assurances). La suspension de la garantie ou la résiliation pour non paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhèrent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au Contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui nous est due. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhèrent.

QUAND ÊTES VOUS EXONÉRÉ DU PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?

L'exonération ou le remboursement de la cotisation de l'année civile en cours a lieu, sur la demande de l'Adhèrent^[1], en cas d'Hospitalisation de lui-même ou de son conjoint inscrit au Contrat, d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'Hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette Hospitalisation doit être la conséquence directe d'un Accident et débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

[1] L'Association fait parvenir à l'Adhèrent, à sa demande, le "certificat médical de constatation initiale". Celui-ci devra être complété par le médecin traitant et retourné au centre de gestion à l'attention du Médecin Conseil, accompagné du bulletin de situation du centre hospitalier et de la déclaration d'Accident.

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre Contrat dans **un délai de 14 jours** à compter de la réception des conditions contractuelles ou du jour où l'Adhèrent a reçu les Conditions Générales du Contrat et les informations conformément à l'article L121-20-11 du Code de la Consommation si cette dernière date est postérieure à la conclusion du Contrat (soit le jour où vous avez reçu le Certificat d'Adhésion), sans motif ni pénalité.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux Contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhèrent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation. L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. La renonciation entraîne le remboursement intégral des primes versées, mettant fin à l'ensemble des garanties. L'Adhèrent qui a demandé le commencement de l'exécution du Contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante :

(
Montant
de
la
cotisation
annuelle,
hors
frais
de
gestion
)
×
(
de
Nombre
de
jours
garantis
)

{\displaystyle (Montant de la cotisation annuelle, hors frais de gestion) \times (de Nombre de jours garantis)}

365

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Vous exercez cette faculté par lettre recommandée avec accusé de réception dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à l'ACBS – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 Vallauris Cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

"Je soussigné[nom, prénom]...demeurant ... [adresse de l'Adhèrent], déclare renoncer au contrat d'assurance n°... [Inscrire le numéro figurant sur le Certificat d'Adhésion].....que j'avais souscrit le par l'intermédiaire de Direct Assurance + Adresse Date..... Signature de l'Adhèrent"

- Si vous avez souscrit votre Contrat suite à un démarchage**

Constitue une opération de démarchage à domicile le fait pour un souscripteur, personne physique, de faire l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une Demande d'Adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle.

Conformément à l'article L112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre Contrat dans **un délai de 14 jours** calendaires révolus à compter

de la réception du Certificat d'Adhésion ou du jour où l'Adhèrent a reçu les Conditions Générales du Contrat et les informations conformément à l'article L121-20-11 du Code de la Consommation si cette dernière date est postérieure à la conclusion du Contrat (soit le jour où vous avez reçu le Certificat d'Adhésion), sans motif ni pénalité.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux Contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhèrent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

La renonciation entraîne le remboursement intégral des primes versées, mettant fin à l'ensemble des garanties.

L'Adhèrent qui a demandé le commencement de l'exécution du Contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante :

(
Montant
de
la
cotisation
annuelle,
hors
frais
de
gestion
)
×
(
de
Nombre
de
jours
garantis
)

{\displaystyle (Montant de la cotisation annuelle, hors frais de gestion) \times (de Nombre de jours garantis)}

365

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Vous exercez cette faculté par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à l'ACBS – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 Vallauris Cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

"Je soussigné[nom, prénom]...demeurant ... [adresse de l'Adhèrent], déclare renoncer au contrat d'assurance n°... [Inscrire le numéro figurant sur le Certificat d'Adhésion].....que j'avais souscrit le par l'intermédiaire de Direct Assurance + Adresse Date..... Signature de l'Adhèrent"

RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

L'adhésion au Contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum, elle se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale, fixée au 1^{er} janvier, par tacite reconduction.

La résiliation doit être faite, par lettre recommandée, avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1^{er} janvier).

Elle peut avoir lieu à une autre date dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances. La résiliation du fait de l'Adhèrent ne peut être acceptée que dans la mesure où il est à jour de l'ensemble de ses cotisations. En cas de défaut de paiement d'une seule échéance, les dispositions prévues par le Code des Assurances s'appliquent.

RECOURS / SUBROGATION

L'Assureur qui a payé une indemnité au titre des frais de santé se substitue à l'Adhèrent ou à ses ayants-droit dans leurs droits et actions de recours contre tout responsable conformément à l'Article L121-12 du Code des Assurances et jusqu'à concurrence de cette indemnité.

CONVENTION DE PREUVE

- ADHÉSION EN LIGNE AU CONTRAT DIRECT ASSURANCE SANTÉ**

L'adhésion en ligne correspond à l'adhésion au contrat Direct Assurance santé réalisée dans son intégralité (signature en mode électronique du contrat et paiement) sur le site internet Direct Assurance ou au téléphone auprès des conseillers clientèle Direct Assurance.

Il est expressément convenu entre les parties que les règles de preuve visées ci-dessous régissent leurs rapports.

- Toute opération réalisée par le souscripteur, après identification, est réputée émaner du souscripteur lui-même.

- Le fait de cocher/valider la case "Je déclare avoir lu et accepté les Conditions Générales et notamment le paragraphe concernant la vente à distance et le délai de renonciation dont je bénéficie" et les cases présentes dans le paragraphe "Signature", manifeste la réception et l'acceptation par le souscripteur de l'information précontractuelle et contractuelle mise à sa disposition par l'assureur.

- Le paiement en ligne vaut consentement de la part du souscripteur à la conclusion du présent Contrat.

En cas de contestation, les enregistrements informatiques, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, constitueront la preuve de la réception et de l'acceptation par le souscripteur des Conditions Générales et particulières du Contrat.

Les enregistrements informatiques, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront bien entendu opposables entre les parties.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'évènement qui y donne, dans les conditions déterminées par les articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, si 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 contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,

- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,

- par 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,
 - l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Nous vous garantissons la confidentialité au sujet des informations ou documents que vous nous communiquez.

En vertu de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont susceptibles d'être traitées tant en France qu'au Maroc et sont destinées à l'ACBS et Avanssur, responsables des traitements, et pourront être transmises sauf opposition de votre part, aux entités du Groupe AXA et aux partenaires contractuellement liés. Si vous souhaitez exercer vos droits, il vous suffit de nous écrire : ACBS/GIEPS - SERVICE CONSOMMATEURS – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 Vallauris Cedex. Vos appels sont susceptibles d'être enregistrés, sauf opposition de votre part, à des fins de formation et pour améliorer la qualité de nos services. Ces enregistrements sont détruits sous 30 jours.

RÉCLAMATION

Le recours auprès de notre gestionnaire ACBS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ACBS/GIEPS - SERVICE RÉCLAMATIONS - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 Vallauris Cedex.

Le recours auprès du service consommateurs Direct Assurance

En cas d'incompréhension persistante, le souscripteur peut adresser sa réclamation motivée à notre service consommateurs à l'adresse suivante: SERVICE CONSOMMATEURS - Direction Générale d'Avanssur - 163-167, avenue Georges Clémenceau – 92742 Nanterre Cedex.

Le recours auprès du Médiateur

Si après avoir épuisé les voies de recours auprès de notre service consommateurs, une incompréhension ou un désaccord persiste entre nous et le souscripteur, celui-ci pourra s'adresser gratuitement au Médiateur, personnalité extérieure et agissant en toute indépendance. Le souscripteur peut obtenir l'adresse et les modalités d'accès au Médiateur en s'adressant à notre service consommateurs.

ASSISTANCE

Résumé des garanties Assistance

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE ?

L'Adhèrent souscripteur du Contrat ou tout bénéficiaire du Contrat inscrit au Certificat d'Adhésion.

DOMAINES D'INTERVENTION DE L'ASSISTANCE

Les garanties d'Assistance sont acquises dans le cadre d'une Hospitalisation imprévisible et supérieure à 5 jours ou d'une immobilisation au domicile supérieure à 8 jours suite à une atteinte corporelle grave et imprévisible.

LIMITES TERRITORIALES DE L'ASSISTANCE

Les garanties d'Assistance s'exercent en France métropolitaine, en Corse, à Andorre, à Monaco et dans les DOM-ROM.

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ASSISTANCE

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge dans le cadre de l'Assistance.

CAS DE DÉCLENCHEMENT DE L'ASSISTANCE :

■ GARDE DES ENFANTS

En cas d'Hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 5 jours et, si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires âgés de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'Hospitalisation, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum durant les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'Hospitalisation ou de l'immobilisation. AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié. AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

■ GARDE DES ENFANTS MALADES

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire âgé de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour d'immobilisation, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

■ SOUTIEN PÉDAGOGIQUE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11^{ème} à la terminale. Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire. Ces cours sont dispensés au 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

■ AIDE MÉNAGÈRE

À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit en cas d'immobilisation ou d'Hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 8 jours, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de début de l'immobilisation ou de l'Hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident. Seule l'équipe médicale AXA Assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. Une fois le dossier complété par l'Assuré des éléments nécessaires (Bulletin de sortie signé de l'hôpital, bulletin d'immobilisation remis par le médecin), AXA Assistance fait le nécessaire pour que ce service puisse être rendu dans un délai de 48h à compter de la demande.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

■ GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX (CHIENS ET CHATS)

En cas d'Hospitalisation supérieure à 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert jusqu'à la pension la plus proche du domicile et la garde des animaux (maximum 2 animaux). Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 229 euros par Hospitalisation et pour l'ensemble des animaux,
- soit le transfert des animaux (maximum 2 animaux) au domicile d'un proche.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

DANS LE CADRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE, NOUS NE GARANTISSONS PAS :

- Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier.
- Les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible.
- Les interruptions volontaires de grossesse.
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences.
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique.
- Les frais médicaux.
- Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- La garde et le transfert des chiens de catégorie 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux.

Ainsi que les exclusions prévues dans les Contrats santé.

COMMENT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ASSISTANCE ?

En cas d'évènement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

Par téléphone au 01 55 92 25 99⁽¹⁾

Par télécopie au 01 55 92 40 50

Par courrier à :

AXA Assistance France – Le Carat – 6 rue André Gide – 92320 – Châtillon
Les Conditions Générales de la convention ASSISTANCE sont tenues à la disposition des bénéficiaires sur simple demande.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge.

(1) Prix d'un appel local.

Conditions Générales du contrat Hospitalisation Direct Assurance Santé

Septembre 2012

Objet du contrat Hospitalisation Direct Assurance Santé	10
Présentation du contrat Hospitalisation Direct Assurance Santé.....	10
Qui peut adhérer ?.....	10
Quelles sont vos garanties ?.....	10
Vos remboursements	11
Votre cotisation	12
La vie de votre contrat	12
L'Assistance.....	12
Tableau des prestations.....	13
Lexique	14

Nota :

Tous les mots ou expressions, dont les initiales sont en majuscules, sont définis dans le corps des présentes Conditions Générales ou dans son lexique.

OBJET DU CONTRAT HOSPITALISATION DIRECT ASSURANCE SANTÉ

Il a pour objet de garantir, pour l'Adhèrent et sa Famille assurée, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés **lors d'une Hospitalisation** conformément aux garanties souscrites.

PRÉSENTATION DU CONTRAT HOSPITALISATION DIRECT ASSURANCE SANTÉ

Le présent Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative.

Ce Contrat Hospitalisation est non responsable car l'adhésion pour les garanties souscrites ne répond pas aux exigences visées aux articles 20 et 57 de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets. L'Adhèrent n'a donc droit à aucune exonération fiscale ou sociale.

Ce Contrat Hospitalisation peut éventuellement :

- compenser la majoration du Ticket Modérateur même en cas de non respect du Parcours de Soins,
- rembourser les dépassements d'honoraires, lorsque le patient est hors Parcours de Soins Coordinés,
- prendre en charge la Participation Forfaitaire de 1€, instaurée au 1^{er} janvier 2005,
- prendre en charge les Franchises Médicales prévues à l'alinéa 3 de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le contrat est souscrit par l'Association "Association Conseil Branche Santé", appelée ci-après, l'Association, dont le siège social se trouve : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 Vallauris, auprès d'Avanssur, dont la marque est Direct Assurance, Société Anonyme au capital de 67 155 752.86 euros entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 163 – 167 avenue Georges Clémenceau - 92742 Nanterre Cedex, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 378393946, appelée ci-après, l'Assureur.

En cas de non reconduction du Contrat Hospitalisation entre l'Association et l'Assureur, celui-ci s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés.

QUI PEUT ADHÉRER ?

Reportez-vous aux Conditions Générales du [Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document \[page 3\]](#). Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

PRINCIPES ESSENTIELS COMMUNS AUX GARANTIES

Le Contrat Hospitalisation prend en charge le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux engagés lors d'une Hospitalisation et restant à votre charge après intervention du Régime Obligatoire,
- des dépenses liées à l'Hospitalisation entrant dans le cadre de forfaits spécifiques prévus dans le présent Contrat Hospitalisation.

Si des garanties présentes dans le Tableau des Prestations [\[se reporter à la page 13\]](#) ne sont pas mentionnées sur votre Certificat d'Adhésion, c'est que vous n'en bénéficiez pas.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion au Contrat Hospitalisation.

Si les remboursements du Régime Obligatoire venaient à être modifiés en cours d'année, l'Assureur pourrait décider de maintenir la Base de Remboursement qui existait avant cette modification.

L'Association procède aux actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du Contrat Hospitalisation et des adhésions. Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

Ce Contrat Hospitalisation est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce Contrat Hospitalisation peut également être modifié par avenant. L'Adhèrent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations selon les dispositions légales du Code des Assurances.

Le souscripteur du Contrat Hospitalisation est également Adhèrent au Contrat Hospitalisation sauf mention contraire stipulée sur le Certificat d'Adhésion.

Les déclarations de l'Adhèrent servent de base à son adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets et des dispositions du Code des Assurances.

L'adhésion est composée :

- de la Demande d'Adhésion signée par l'Adhèrent et exprimant sa volonté d'adhérer dans les conditions qui y sont prévues,
- du Certificat d'Adhésion qui exprime l'accord de l'Association,
- et des présentes Conditions Générales décrivant les garanties du Contrat Hospitalisation présentées par Direct Assurance.

Le Contrat Hospitalisation est rédigé et conclu en langue française.

DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER :

Les garanties s'exercent en France et dans les pays où le Régime Obligatoire prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en France et en euro. Les documents justificatifs devront être traduits si nécessaire, selon les nomenclatures françaises et les montants convertis en euro.

DÉTAILS DES GARANTIES

■ L'HOSPITALISATION

L'Adhèrent conserve le libre choix de l'Etablissement Hospitalier Conventionné. Il peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association dans la limite du Ticket Modérateur pour les actes remboursés par le Régime Obligatoire. Le Forfait Journalier Hospitalier et la chambre particulière peuvent également donner lieu à prise en charge aux conditions prévues par le Contrat.

La prise en charge ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en Etablissement Hospitalier Conventionné.

• Soins, actes, honoraires médicaux et chirurgicaux :

Ils sont remboursés sous réserve de prise en charge partielle par le Régime Obligatoire.

• Frais de séjour :

En Etablissement Hospitalier Conventionné, l'ensemble des frais de séjour restant normalement à votre charge après intervention du Régime Obligatoire est pris en charge par le Contrat Hospitalisation.

• Forfait Journalier Hospitalier :

Ce forfait vous est remboursé dans la limite des garanties prévues et précisées dans le Tableau des Prestations sur présentation de la facture acquittée pour toute Hospitalisation médicale ou chirurgicale en Etablissement Hospitalier Conventionné, ou directement à l'Etablissement Hospitalier Conventionné dans le cas d'une prise en charge préalable.

• Chambre particulière :

En Etablissement Hospitalier Conventionné, le remboursement est effectué sur présentation de la facture acquittée, ou directement à l'Etablissement Hospitalier Conventionné si prise en charge préalable et dans les limites prévues et indiquées dans [le Tableau des Prestations](#).

• Lit d'accompagnant :

En Etablissement Hospitalier Conventionné et si votre garantie le prévoit, le lit d'accompagnant sera remboursé si l'accompagnant est un des bénéficiaires du Contrat ou un tiers.

• Hospitalisation à domicile (soins de suite) :

Remboursement en complément du Régime Obligatoire pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale. Les remboursements se font dans la limite des garanties prévues dans [le Tableau des Prestations](#).

• Séjours en services spécialisés / Hospitalisation psychiatrique :

Sont remboursés au titre de ces garanties, les séjours et Hospitalisations pris en charge par le Régime Obligatoire et effectués au sein des Etablissements Conventionnés suivants : les séjours spécialisés de repos, de réadaptation, de diététique, de convalescence, de moyens séjours et autres séjours similaires ainsi que les séjours en établissements climatiques, en maison d'enfants à caractère sanitaire et social ainsi que les séjours psychiatriques et neuropsychiatriques.

VOS REMBOURSEMENTS

QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS ?

Le montant de vos remboursements dépend :

- de la garantie à laquelle vous avez souscrite,
- et de la nature de vos dépenses médicales.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel vous pourriez être assuré et dans la limite de vos garanties.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de vos dépenses réelles.

Les montants de remboursement figurant dans [le Tableau des Prestations \[page 13\]](#) sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de Remboursement),
- ou sous la forme d'un montant complémentaire. Ces montants complémentaires s'entendent par jour, par bénéficiaire et peuvent être limités par année civile.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Cette garantie comprend le Forfait Journalier Hospitalier et la chambre particulière.

La durée de prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire pour les séjours ou hospitalisations en secteur conventionné liés à une affection neuropsychiatrique ou psychiatrique, et à 30 jours par année civile et par bénéficiaire pour les autres séjours spécialisés.

Les garanties liées à l'Hospitalisation et les séjours spécialisés sont soumis à un Délai d'Attente décrit au paragraphe "Début des garanties et Délai d'Attente" page 12.

La Participation Forfaitaire de 18€ liée aux actes dits "lourds" c'est-à-dire ayant un tarif supérieur ou égal à 120 euros ou un coefficient supérieur ou égal à 60 est prise en charge par le contrat Hospitalisation.

■ LE TRANSPORT

Reportez-vous aux [Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document \[page 4\]](#). Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR VOTRE CONTRAT HOSPITALISATION

■ SONT EXCLUS DE TOUT REMBOURSEMENT :

- **Les actes non reconnus par le Régime Obligatoire – sauf précision contraire dans le Tableau des Prestations –, et les garanties non mentionnées sur votre Certificat d'Adhésion.**
- **La chirurgie / soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalasso thérapie.**
- **Les séjours en gérontologie, en instituts médicaux pédagogiques et établissements similaires.**
- **Les séjours en centres hospitaliers dits de longs séjours ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes.**
- **Les séjours de toutes natures et notamment de nature psychiatrique en hôpitaux ou cliniques non conventionnés.**
- **Les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.**
- **Conformément au Code des assurances les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau de l'atome.**

COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

Le règlement par Direct Assurance s'effectue toujours en France et en euros à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement du Régime Obligatoire,
- soit de la facture délivrée par l'Etablissement Hospitalier Conventionné pour les frais non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Vous disposez de deux ans pour nous faire parvenir vos bordereaux et factures, période après laquelle aucun remboursement ne pourra vous être accordé.

QUELLE DÉMARCHÉ ACCOMPLIR EN CAS DE FRAIS MÉDICAUX SUITE À UN ACCIDENT ?

Les remboursements complémentaires interviennent dans les limites prévues dans le Tableau des Prestations. Si celui-ci est causé par un tiers, vous devez en faire la déclaration à l'Association.

Les remboursements de Direct Assurance, tels que prévus dans le Tableau des Prestations, se feront dans ce cas, en complément des autres organismes et dans la limite des frais réels.

VOTRE COTISATION

QUAND VOTRE COTISATION ÉVOLUE-T-ELLE ?

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 5]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 6]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DÉBUT DES GARANTIES ET DÉLAI D'ATTENTE

Les garanties prennent effet pour chaque bénéficiaire après acceptation par l'Association, à compter de la date indiquée sur votre Certificat d'Adhésion et sous réserve du paiement de la cotisation. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception de la Demande d'Adhésion par Direct Assurance. Toutefois, la prise d'effet des garanties est soumise aux périodes d'attente décrites ci-dessous.

L'application du Délai d'Attente diffère l'ouverture des droits de 90 jours pour l'ensemble des frais liés à l'Hospitalisation dans les Etablissements Hospitaliers Conventionnés listés dans votre garantie "Hospitalisation" ci-dessus. Cependant, il y a application immédiate des garanties en cas d'Hospitalisation suite à un Accident, à une Maladie Infectieuse ou à une maternité, ou en cas d'ajout sur le Contrat Hospitalisation d'un nouveau né dans les deux mois qui suivent la naissance.

Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ce Délai d'Attente est également supprimé pour les Adhérents assurés auprès d'un autre organisme sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, sur justificatifs de ces garanties et du certificat de radiation.

RENONCIATION AU CONTRAT

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 6]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

ASSISTANCE

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 8]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

QUAND ÊTES VOUS EXONÉRÉ DU PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 6]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

RECOURS / SUBROGATION

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

CONVENTION DE PREUVE

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

PRESCRIPTION

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

RÉCLAMATION

Reportez-vous aux Conditions Générales du Contrat "Complémentaire Santé Direct Assurance" en première partie de ce document [page 7]. Les mêmes dispositions vous sont applicables concernant cet article.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Septembre 2012

	ÉCO	INITIAL 100	EQUILIBRE 150	OPTIMAL 200	HOSPITALISATION
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾					
• Soins, actes et honoraires hospitaliers	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	250%BR
• Frais de séjour	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière, par jour et par bénéficiaire (limitée en séjours spécialisés, psychiatriques et neuro-psychiatriques)	—	—	35 €	50 €	50 €
• Lit d'accompagnant, par jour et par bénéficiaire (limité à 10 jours par année civile et par bénéficiaire)	—	—	15€	20 €	15€
• Services spécialisés, limités à 30 jours par année civile et par bénéficiaire	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
• Hospitalisation psychiatrique, limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
• Transport	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR

SOINS COURANTS ET PHARMACIE

• Pharmacie					
- Vignettes Blanches	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
- Vignettes Bleues	30%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
- Vignettes Oranges	15%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
• Honoraires médicaux, notamment consultations/visites/actes techniques médicaux (dans le cadre du Parcours de Soins)	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Prothèses médicales (dont prothèses auditives)	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—

REMBOURSEMENTS OPTIQUES

• Forfait optique, par année civile et par bénéficiaire (Monture, verres et lentilles remboursées ou non)	100% BR	100%BR + complément de 105€	100%BR + complément de 150€	100%BR + complément de 200€	—
• Opération de la vision au laser (montant par année civile et par bénéficiaire)	—	—	100€/œil	150€/œil	—

REMBOURSEMENTS DENTAIRES

• Soins dentaires	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Prothèses dentaires	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Orthodontie	—	150%BR	200%BR	250%BR	—

AUTRES PRESTATIONS

• Forfait Naissance / Adoption	—	—	100€/enfant	150€/enfant	—
• Actes de prévention ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	—
• Soins inopinés à l'étranger	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	—
• Assistance	incluse	incluse	incluse	incluse	incluse
• Tiers-Payant	si option "Extension Pharmacie" souscrite	inclus	inclus	inclus	—

OPTION EXTENSION PHARMACIE ⁽³⁾

• Vignettes Bleues et Oranges	100% BR	—	—	—	—
-------------------------------	---------	---	---	---	---

OPTION EXTENSION ⁽⁴⁾ : Vos garanties de base sont augmentées sur les frais médicaux suivants et atteignent les taux de remboursement indiqués ci-après :

• Soins, actes et honoraires hospitaliers	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Honoraires médicaux	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Optique médicale	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Prothèses dentaires (remboursement si réalisation d'une visite de contrôle avant utilisation de la garantie)	—	125%BR	175%BR	250%BR	—

OPTION PLUS : En choisissant cette option, vous disposerez des garanties supplémentaires suivantes (par bénéficiaire et par année civile) :

• Cures thermales médicalement prescrites	—	100 €	100 €	200 €	—
• Garantie soins du dos (Ostéopathes et chiropracteurs) 3 séances maximum (toutes séances confondues)	—	20€/séance	30€/séance	30€/séance	—
• Médicaments prescrits non remboursés ⁽⁵⁾	—	35 €	35 €	50 €	—

[1] Dont Hospitalisation à domicile (soins de suite). **[2]** Exemples d'actes de prévention : détartrage dentaire annuel, dépistage de l'hépatite B etc... **[3]** Le pourcentage indiqué dans le tableau comprend le remboursement du niveau de base choisi, celui-ci incluant le remboursement du Régime Obligatoire. **[4]** Si vous choisissez l'option "Extension", les postes soins, actes et honoraires hospitaliers, honoraires médicaux, prothèses dentaires et optique médicale seront majorés (hors niveau ÉCO). Ces pourcentages, indiqués dans le tableau pour les postes concernés par l'option Extension, comprennent le remboursement du niveau de base choisi, celui-ci incluant le remboursement du Régime Obligatoire. **[5]** Exemple de médicaments prescrits non remboursés : pilule contraceptive 3^{ème} génération.

Tous les pourcentages sont exprimés en fonction de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, y compris les remboursements de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie ainsi que ses Décrets (Participation Forfaitaire, Franchises Médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non respect du Parcours de Soins). Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon la formule et option(s) souscrite(s), les clauses et conditions du Contrat.

Vous pouvez consulter les différentes Bases de Remboursement en vigueur sur le site www.ameli.fr.

LEXIQUE

- **Accident :**
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Adhérent :**
Personne membre de l'Association et qui adhère au présent Contrat.
- **Assuré :**
La ou les personnes désignées sur le Certificat d'Adhésion comme bénéficiaires des garanties du Contrat.
- **Base de Remboursement :**
Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le Régime Obligatoire ; ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :**
Norme de classification des actes techniques médicaux.
- **Délai d'Attente :**
Il s'agit d'une période pendant laquelle les garanties ou une partie des garanties du Contrat ne s'appliquent pas.
- **Etablissement Hospitalier Conventionné :**
Si vous êtes hospitalisé dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance Maladie rembourse vos frais d'Hospitalisation à 80 %. Votre assurance complémentaire peut prendre en charge les 20 % restant, ainsi que certains suppléments ou dépassements d'honoraires. Le Forfait Journalier Hospitalier reste alors à votre charge, sauf si vous remplissez les conditions d'exonération. Si vous choisissez une clinique privée non conventionnée, les frais restant à votre charge seront plus importants. Dans certaines situations, vos frais d'Hospitalisation peuvent être intégralement remboursés. Pour en savoir plus, consultez le site www.ameli.fr.
- **Famille :**
Le chef de famille, son conjoint ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.
- **Forfait de 18 euros :**
Le forfait de 18 Euros s'applique aux actes médicaux dont le tarif est, au 1^{er} mars 2011, supérieur ou égal à 120 Euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.
Cette participation forfaitaire s'applique aussi aux frais d'hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est, au 1^{er} mars 2011, égal ou supérieur à 120 Euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
- **Forfait Journalier Hospitalier :**
Forfait prévu par la Loi du 19 janvier 1983 et laissé par le Régime Obligatoire à la charge des assurés. Il peut être pris en charge par les contrats complémentaire santé.
- **Forfait naissance/adoption :**
A la naissance/adoption de chaque enfant, sur présentation de l'acte de naissance/adoption ou de la copie du livret de famille, l'Assureur verse une indemnité forfaitaire dont le montant est indiqué dans le Tableau des Prestations. Cette indemnité est versée sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent sa naissance/adoption, et à condition qu'un des parents soit Adhérent au Contrat à la date de naissance/adoption de l'enfant.
- **Franchises médicales :**
Depuis le 1^{er} Janvier 2008, les assurés doivent supporter des Franchises Médicales.
Ces franchises sont de 0,50€ par boîte de médicament (ou tout autre conditionnement : flacon par exemple) et par acte paramédical et de 2€ pour les transports sanitaires. Les franchises sont plafonnées à 50€ par an et par Assuré social pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. Ces franchises ne peuvent pas être prises en charge par les complémentaires santé dites responsables.
- **Hospitalisation :**
Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans un Etablissement Hospitalier Conventionné (clinique, hôpital public ou privé), en vue d'y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une Maladie, un Accident ou une maternité et qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors de l'établissement concerné.
- **Maladie :**
Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladies Infectieuses :**
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.
- **Participation Forfaitaire de 1€ :**
Lors de chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou pour tous les actes de radiologie et de biologie, 1€ reste à la charge de l'assuré, dans la limite d'un plafond annuel de 50€ par assuré social. Cette Participation Forfaitaire obligatoire ne peut être prise en charge par les contrats complémentaires santé dits Responsables.
- **Parcours de Soins Coordonnés :**
Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même Assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.
- **Ticket Modérateur :**
Le Ticket Modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, de votre santé, ou du respect ou non du Parcours de Soins Coordonnés. Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du Ticket Modérateur.
- **Vignette Blanche :**
Elle concerne les médicaments dont le SMR (Service Médical Rendu) est jugé important ou majeur et présentant un caractère indispensable comme, par exemple les antibiotiques. Au 2 mai 2011, le taux de remboursement des vignettes blanches est de 65%.
- **Vignette Bleue :**
Elle concerne des médicaments destinés aux maladies sans caractère habituel de gravité et dont le SMR (Service Médical Rendu) n'a été reconnu ni comme majeur, ni comme important. Il s'agit la plupart du temps de traitements symptomatiques ou de traitements dits de confort. Au 2 mai 2011, le taux de remboursement des vignettes bleues est de 30%.
- **Vignette Orange :**
Elle concerne les médicaments dont le SMR (Service Médical Rendu) est jugé faible. Au 2 mai 2011, le taux de remboursement des vignettes oranges est de 15%.