

SANTE



Association
Loi 1901



NOTICE
D'INFORMATION



NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE

Le contrat "FFA complémentaire frais de soins", n° 196 4A8034 S, régi par le Code des assurances est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative :

■ souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DES ASSURÉS (F.F.A.), Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège est fixé à Paris 17^{ème}, 112 Bd Malesherbes

■ auprès d'ALLIANZ IARD, Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 991 967 200 euros, dont le siège social est 1 cours Michelet, CS30051 92076 Paris La Défense CEDEX 542 110 291 RCS Nanterre

■ dont la gestion est déléguée à la société LUXIOR ASSURANCES, située 2 Quai de la Douane CS 52826 29228 Brest Cedex 2.

■ Ce contrat d'assurance de groupe est souscrit :

- à effet du 1^{er} janvier 2003 et se renouvelle ensuite chaque 1^{er} avril par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation de celui -ci par l'une des parties ;
- dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite Loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non-salariés non agricoles, la déduction fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

Ce contrat d'assurance de groupe répond aux exigences :

■ du contrat solidaire, en ce sens qu'il ne recueille pas d'information médicale des personnes à assurer et qu'il ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des Assurés ;

■ du contrat responsable, tel qu'il est défini par les dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En application de l'article L.141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution de la Fédération Française des Assurés, les engagements se poursuivent de plein droit entre l'Assureur et les personnes ayant adhéré au Contrat avant la date de cette dissolution. Les adhésions ainsi maintenues en vigueur sont exclues du champ d'application du dispositif réservé aux travailleurs non-salariés non agricoles

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat "FFA complémentaire frais de soins" sont définis dans la présente Notice d'Information.

SOMMAIRE

	pages		pages
I. LEXIQUE	4	3.8 Contrôle médical	9
II. ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	6	3.9 Confidentialité médicale	9
2.1 Votre adhésion comporte	6	IV. COTISATIONS	9
2.2 Déclaration des autres assureurs	6	4.1 Paiement des cotisations par l'adhérent	9
2.3 Faculté de renonciation	6	4.2 Indexation des cotisations	9
2.4 Bénéficiaires des garanties	6	V. DIVERS	10
2.5 Formalité d'adhésion	6	5.1 Obligations d'information	10
2.6 Date d'effet des garanties - Délai d'attente	6	5.2 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	10
2.7 Renouvellement et résiliation des adhésions	7	5.3 Informatique et Libertés - La protection des données personnelles	10
2.8 Durée des garanties à l'égard de chaque bénéficiaire	7	5.4 Réclamations - médiation	11
2.9 Maintien des garanties	7	5.5 Prescription	11
III. GARANTIES ET PRESTATIONS	7	5.6 Subrogation	11
3.1 Objet des garanties	7	5.7 Lutte contre le blanchiment	11
3.2 Étendue des garanties	8	5.8 Contrôle de l'assureur	11
3.3 Choix des garanties à l'adhésion	8	VI. TABLEAUX DE GARANTIES	12
3.4 Modification de garanties	8	6.1 Cible non senior	12
3.5 Versement des prestations par l'assureur	8	6.2 Cible senior	14
3.6 Pluralité d'assureurs - Limites de garantie	9		
3.7 Modification réglementaire de la couverture sociale	9		

LE XIQUE

Accident : Toute atteinte corporelle, indépendante de la volonté de l'Adhérent ou du bénéficiaire, due à l'action soudaine, irrépressible et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de prévention : Le contrat « FFA » complémentaire frais de soins » responsable prend en charge au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006

Adhérent : La personne physique nommément désignée au certificat d'adhésion, membre de l'Association FFA, et qui adhère au contrat d'assurance de groupe. L'Adhérent a la qualité d'assuré et bénéficie à ce titre des prestations garanties. L'Adhérent s'engage à acquitter les cotisations et est responsable des déclarations faites à l'adhésion comme en cours de contrat pour l'ensemble des assurés, bénéficiaires des garanties.

Adhésion : L'Adhésion se matérialise par la délivrance du certificat d'adhésion et de la présente notice d'Information définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.

Année d'assurance : période comprise entre deux échéances anniversaires.

Assuré /bénéficiaire : Toute personne physique désignée nominativement au certificat d'adhésion et bénéficiant des garanties figurant sur ce même certificat d'adhésion.

Avenant : Support écrit et additionnel matérialisant la modification de l'adhésion

Base de remboursement de la Sécurité sociale : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
- Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés

Contrat d'accès aux soins (CAS) : Contrat mis en place par l'avenant n°8, à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux du secteur 2 (honoraires libres) et l'Assurance Maladie, publié au JO du 6 décembre 2012. Le contrat d'accès aux soins engage les médecins du secteur 2 à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés, mieux remboursés par la Sécurité sociale (sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1) et permet de réduire le reste à charge des assurés sociaux.

Contrat solidaire et responsable :

- Un contrat complémentaire santé est qualifié de solidaire dès lors qu'aucune information médicale n'est requise lors de toute nouvelle souscription ou adhésion à celui-ci et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts.
- Un contrat complémentaire santé est qualifié de responsable dès lors qu'il répond au dispositif régi par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ainsi:
 - il respecte les seuils et limites de prise en charge fixées par les textes précités ;
 - en cas de non-respect du parcours de soins, il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient ;
 - 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 vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre attestation.
- Les contrats complémentaires santé « solidaires et responsables » bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux dès lors que les remboursements des dépenses de santé respectent les conditions imposées par les pouvoirs publics, tant en termes d'obligations qu'en termes d'interdictions de prise en charge de certains remboursements.

Cotisations : Sommes versées à l'Assureur pour garantir le versement des prestations

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle les risques sont garantis.

Délai d'attente : Période qui commence à courir de la date d'effet de l'adhésion au contrat « FFA complémentaire frais de soins » ou à compter de la date d'effet d'un avenant de modification de garanties, au cours de laquelle, soit une garantie ne s'applique pas au titre de l'événement proprement dit comme pour ses suites, conséquences, soit s'applique de manière limitée.

Échéance principale : L'échéance principale est l'échéance anniversaire de votre contrat. Elle est définie dans votre certificat d'adhésion. Votre adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à partir de cette date, si elle n'a pas été résiliée selon les conditions définies dans la présente notice d'information.

Forfait journalier hospitalier : Participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Cette somme forfaitaire * fixée par arrêté :

■ est due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

■ n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas spécifiques d'exonération. (par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, les bénéficiaires de l'assurance maternité sous certaines conditions, les personnes affiliées au régime local d'Alsace-Moselle ...) ;

■ est prise en charge intégralement, sans limitation de durée, par le contrat « FFA Complémentaire frais de soins »

* Au 1^{er} janvier 2018, pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique, son montant est de 20€ par jour et pour un séjour en psychiatrie de 15€ par jour.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par le contrat "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Frais de séjour : Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le ticket modérateur est remboursé par le contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Franchises médicales : Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge au titre du contrat responsable « FFA Complémentaire frais de soins » auquel vous adhérez.

Hospitalisation : Tout séjour (comprenant l'admission, le traitement médical et la sortie de l'établissement), soit au cours d'une même journée (avec ou sans chirurgie ambulatoire), soit d'au moins 24 h (soins externes exclus), dans un établissement de soins public ou privé (conventionné ou non) :

- dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

L'hospitalisation comprend aussi l'hospitalisation à domicile, en continuation d'un séjour hospitalier pris en charge par votre adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », en accord avec l'assurance maladie obligatoire et sous contrôle médical.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Il est précisé que les incapacités dues à un infarctus du myocarde, à des affections coronariennes, ainsi que celles consécutives à une pathologie soudaine, à un choc émotif ou à un surmenage sont assimilées à des maladies et indemnisées comme telles.

OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)

À compter du 1^{er} janvier 2017, l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) vise à remplacer le contrat d'accès aux soins.

Son objectif est de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire.

Les médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM- CO (médecins spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) s'engagent à

- Réduire ou stabiliser leurs tarifs ;
- Respecter un taux moyen de 100% de dépassement d'honoraires
- Développer ou stabiliser leur part d'activité à tarifs opposables (tarifs fixés par la Sécurité sociale)

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans, et est organisé autour du médecin traitant. Son considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés les personnes qui :

- ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;
- consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention ;

■ consultent un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de leur médecin traitant ;

■ consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes.

Dans certaines situations telles que l'éloignement géographique et l'urgence, une personne est toujours considérée comme étant dans le parcours de soins même si elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la prise en charge de la différence n'est pas prise en charge par votre contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Participation forfaitaire d'un euro : La participation forfaitaire d'un euro est déduite du montant des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ainsi que les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas prise en charge par votre contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Régime obligatoire (RO) : Régime général ou local des salariés de la Sécurité sociale, régime agricole de la Mutualité sociale agricole ou régime social des professions indépendantes auquel est affilié l'Adhérent et/ou l'Assuré bénéficiant des garanties du contrat "FFA Complémentaire frais de soins".

Secteur conventionné :

■ Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les tarifs de responsabilité convention (T.R.C.).

■ Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Tarifs de Responsabilité convention. Le ticket modérateur (T.M.) et le dépassement éventuel du tarif de responsabilité convention sont à la charge de l'assuré.

Secteur non conventionné : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre la Sécurité sociale et la profession. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.).

Tarif de responsabilité convention (T.R.C.) : Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

Ticket modérateur (T.M.) : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire avant déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale.

Le montant du ticket modérateur varie selon :

■ la nature du risque (maladie, maternité, accident du travail, etc.) ;

■ l'acte ou le traitement ;

■ le respect ou non du parcours de soins coordonnés ;

■ que l'assuré souffre d'une affection de longue durée exonérante ;

■ que l'assuré relève du régime d'Alsace-Moselle ;

■ que l'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité.

Le ticket modérateur peut être majoré si vous consultez un professionnel de santé en dehors du parcours de soins coordonnés.

Le contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez prend en charge, uniquement dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur, sauf pour certaines prestations (cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15% ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire).

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 selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

Vente à distance : Fourniture d'opération d'assurance par un intermédiaire d'assurance, auprès d'une personne physique qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet). Dans ce cadre, l'intermédiaire d'assurance utilise exclusivement des techniques de communication à distance pour la conclusion de votre adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé.

II ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

2.1 VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT COMPORTE :

- la présente Notice d'Information, qui définit les garanties proposées, leurs conditions d'application, les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement de l'adhésion
- le tableau des garanties qui détaille les différents niveaux de remboursement des garanties proposées, figurant également dans la Notice d'Information ;
- le certificat d'adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins", établi à partir de vos déclarations, qui précise notamment la nature et le montant des garanties que vous avez choisies au regard de votre situation, les personnes assurées, les clauses particulières définies entre nous, le montant de votre cotisation d'assurance.

2.2 DÉCLARATION DES AUTRES ASSUREURS

Si les risques couverts par votre adhésion au contrat sont ou viennent à faire l'objet d'une autre assurance, l'Adhérent ou toute autre personne en son nom, doit en faire la déclaration à l'Assureur ou à son représentant :

- lors de l'adhésion au contrat pour les assurances, en cours à cette date,
- préalablement à la souscription de cette autre assurance, si celle-ci résulte du fait de l'Adhérent ou d'un autre bénéficiaire
- dans un délai de huit jours à compter du moment où l'Adhérent ou un autre bénéficiaire en a connaissance, dans les autres cas.

2.3 FACULTE DE RENONCIATION

Sous réserve qu'il n'ait pas connaissance d'un événement mettant en jeu les garanties décrites dans le contrat auquel il a adhéré, l'Adhérent au contrat « FFA Complémentaire frais de soins » a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance.

Conformément aux dispositions de :

- l'article L.112-9 du Code des assurances relatif au démarchage à domicile,
- l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance,

l'Adhérent peut renoncer à l'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (date d'établissement de l'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion).

Ce droit à renonciation de l'Adhérent :

- s'exerce sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités
- ne s'applique pas à l'adhésion pour laquelle l'Adhérent demande expressément, avant l'exercice de son droit, que son contrat d'adhésion soit exécuté intégralement par les parties au contrat.

Quelle que soit la circonstance de l'adhésion (démarchage à domicile ou vente à distance), la lettre de renonciation est à envoyer au délégataire de gestion de l'Assureur, Luxior Assurances 2 Quai de la Douane CS 52826 29228 Brest cedex 2.

À réception par Luxior Assurances de la lettre recommandée, accompagnée de la carte de tiers payant, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin. Dans les 30 jours qui suivent la réception de cet envoi, il sera procédé au remboursement de la cotisation d'assurance, pour la période postérieure à la date d'effet de la renonciation qui met fin à toutes les garanties du contrat.

Modèle de lettre type de renonciation

«Je soussigné(e) Mdemeurantrenonce à mon adhésion n°.....au contrat "FFA complémentaire frais de soins" souscrit auprès de l'Assureur Allianz, conformément aux dispositions de l'article L.112-9 ou de l'article L.112-2-1 du Code des assurances et demande le remboursement de ma cotisation des sommes versées, déduction faite de la part du versement correspondant à la période durant laquelle le risque a couru.»
J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucune prestation de santé mettant en jeu une garantie de l'adhésion depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.
Date..... Signature :

2.4 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Au titre de votre adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, le terme « bénéficiaire » ou « assuré » recouvre indifféremment :

- l'Adhérent, lui-même, membre de l'Association, affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou au régime social des professions indépendantes ;
- le conjoint bénéficiaire de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation de l'Adhérent ou d'une affiliation personnelle au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou à l'Assurance maladie des professions indépendantes ;
- les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptés, rattachés au foyer fiscal de l'Adhérent ou de son conjoint ;
- célibataires et bénéficiaire de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'Adhérent ou de celle de son conjoint ;
- âgés de moins de 25 ans et bénéficiaire de la sécurité sociale en tant qu'apprentis ;
- les enfants à charge célibataires, âgés de moins de 26 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité

sociale.

- La situation justifiée de concubinage notoire ou de cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent est assimilée à la qualité de conjoint.
- L'âge retenu est celui du bénéficiaire au moment de la date d'effet de contrat.

2.5 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Afin de pouvoir bénéficier des garanties choisies pour lui-même et pour les membres de sa famille, l'Adhérent doit, lors de sa demande d'adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins » :

- compléter avec exactitude un bulletin d'adhésion comportant les renseignements relatifs à l'état civil de chaque bénéficiaire, fournir la photocopie de l'attestation d'assuré social de chaque bénéficiaire.
- Les travailleurs non-salariés non agricoles souhaitant bénéficier du dispositif "Madelin" de déductibilité fiscale de leurs cotisations d'assurance complémentaire santé (art L154 bis du code général des impôts) doivent justifier être à jour du paiement de leurs cotisations vieillesse et maladie de leur régime social obligatoire, par la production d'une attestation délivrée par la caisse concernée.**

2.6 DATE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAIS D'ATTENTE

Date d'effet des garanties à l'adhésion

Sous réserve du paiement et de l'encaissement de la cotisation ou de la fraction de cotisation, les garanties acceptées par l'Assureur (ou son représentant délégataire de gestion) prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion à la rubrique « Date d'effet ».

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au contrat d'adhésion et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affectation ayant entraîné les frais engagés. Seuls les frais de santé engagés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, en dehors de toute période d'attente et durant la période garantie, seront pris en charge.

Date d'effet des garanties en cours d'adhésion

- En cas de demande d'ajout d'un bénéficiaire, les garanties de l'adhésion à son égard prennent effet, après acceptation de l'Assureur (ou de son représentant délégataire de gestion), le 1^{er} du mois suivant la demande. Pour l'enfant nouveau-né ou adopté, les garanties prennent effet au jour de la naissance ou de l'adoption plénière dès lors que l'enfant est, inscrit sur le certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant l'événement.
- En cas de demande de retrait d'un bénéficiaire pour une raison autre que le décès de celui-ci, les garanties de l'adhésion à son égard cessent leur effet le 1^{er} du mois suivant la demande, L'ajout ou le retrait d'un bénéficiaire donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion d'origine.

Délais d'attente et limitations de garanties à l'adhésion ou en cours d'adhésion

À l'adhésion, quelle que soit l'option choisie, pour toute hospitalisation déjà commencée au moment de la prise d'effet des garanties, seuls le ticket modérateur et le forfait journalier sont pris en charge conformément au contrat responsable.

Selon l'option retenue, il peut être appliqué un délai d'attente et des limitations de garanties sur certaines prestations à l'adhésion ou en cas de modifications de garanties en cours d'adhésion.

- pour les options Confort, Prestige et Elite, durant un délai de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge de l'ensemble des frais liés à une hospitalisation qui ne fait pas suite à un accident est limitée aux niveaux des garanties de l'option Medium du contrat « FFA Complémentaire frais de soins » ;
- pour les options Prestige et Elite, durant un délai de 12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge des frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie, incluant la part prise en charge par la Sécurité sociale, est limitée à un niveau de 225 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;
- un délai de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, est appliqué pour le versement du forfait prévu, selon l'option choisie, en cas de naissance ou d'adoption plénière d'un enfant et sous réserve de l'inscription obligatoire de l'enfant au certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption plénière de celui-ci.

La date des prestations retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus) ou, selon le cas, celle figurant sur les factures transmises par les professionnels ou établissements de santé.

Les délais d'attente et limitations de garanties peuvent être abrogés à l'égard de tout bénéficiaire d'une nouvelle adhésion si celle-ci fait suite à une assurance de même nature et de même importance.

Dans le cas où l'assurance précédente aurait des garanties plus faibles, l'Adhérent peut conserver celles-ci pendant le délai

d'attente. La date des prestations retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus)

2.7 RENOUELEMENT ET RÉSILIATIONS DES ADHESIONS

Dans les conditions de prise d'effet définies au 2.6 de la présente Notice d'Information, l'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an (date anniversaire), sauf cas de résiliation dans les conditions définies ci-après.

Après un an, l'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à l'échéance anniversaire qui suit la première année d'adhésion, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, Adhérent ou Assureur.

Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion :

- 2 mois au minimum, avant la date du premier anniversaire de son adhésion.

- à compter de la date d'un changement de situation ayant un impact sur les risques garantis par l'adhésion (cessation d'affiliation à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire, bénéfice de la CMU complémentaire, changement de domicile en dehors de la France métropolitaine et des DOM-ROM.....)

- À tout moment au-delà de la première année d'assurance, sans frais ni pénalité.

- en cas de désaccord avec une modification du contrat "FFA Complémentaire frais de soins" souscrit par FFA auprès d'Allianz IARD et auquel il adhère (article L.141-4 du Code des assurances).

La demande de résiliation par l'Adhérent doit être adressée par lettre recommandée, lettre simple, mail ou sur tout support durable à **Luxior Assurances 2 Quai de la Douane, CS 52826 29228 Brest cedex 2, ffa@luxior.fr**. L'Adhérent doit, entre autres, y indiquer la nature et la date de l'évènement à l'origine de sa demande, fournir si besoin des pièces justificatives et restituer à cette occasion sa carte de tiers payant. Dans tous les cas de figure, la date d'effet de résiliation ne peut être antérieure à sa demande.

Résiliation à l'initiative de l'Assureur (ou de son représentant délégué de gestion)

- À défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à l'expiration d'un délai de dix jours qui suit son échéance, l'Adhérent reçoit une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû dans les conditions fixées par l'article L.113.3 du Code des assurances. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties de l'adhésion sont suspendues. À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à dans ce cas à la charge de l'Adhérent.

- En cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part de l'Adhérent.

III GARANTIES ET PRESTATIONS

3.1 OBJET DES GARANTIES

Dans la limite des frais réels exposés et suivant les limites de l'option choisie lors de l'adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », les garanties ont pour objet de rembourser partiellement ou totalement les dépenses de santé des assurés bénéficiaires en cas de maladie, accident ou maternité.

Ce remboursement intervient soit en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, la Mutualité sociale agricole ou l'Assurance maladie des professions indépendantes, soit en supplément de l'éventuelle part prise en charge par ces régimes obligatoires.

Quand les garanties sont exprimées en pourcentage (de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale), elles incluent la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Quand les garanties sont exprimées en euro, elles s'ajoutent à l'éventuelle part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Hospitalisation (inclus les soins ambulatoires et l'hospitalisation à domicile)

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé conventionné ou non pour un court ou moyen séjour :

- les frais de séjour et le forfait journalier hospitalier ;
- les honoraires médicaux et chirurgicaux s'ils donnent lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins ou s'il a souscrit, à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens).

- le forfait de 24€ pour les actes coûteux (article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale) ;

- Les frais de transport en ambulance ;

- En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, l'Adhérent en est informé dans un délai de 2 mois minimum avant la date d'effet de cette résiliation. L'adhésion en cours à cette date continuera d'être gérée par l'Assureur dans des conditions de garanties et de tarif en vigueur à cette date.

Toutefois, si l'Adhérent est un travailleur non salarié non agricole, il ne pourra plus à ce titre bénéficier, des avantages du dispositif fiscal « dit Madelin » réservé à cette catégorie socio professionnelle (article L144-1 du Code des assurances).

2.8 DUREE DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

L'assurance est accordée aux bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion, jusqu'à la date de cessation des garanties définie ci-après pour chacun des cas suivants :

- à la date à laquelle les bénéficiaires, tels que définis dans la présente Notice d'Information, ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ;

- à la date qui précède la date d'échéance anniversaire en cas de demande résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée, par courrier ou par mail, au plus tard deux mois avant cette échéance.

- au dernier jour du mois de la demande de résiliation pour changement de situation et sous réserve de la réception du justificatif du changement de situation au plus tard le mois suivant cette demande. À défaut du respect de ces conditions, la résiliation sera effective au dernier jour du mois de réception du justificatif,

- à la date à laquelle il n'est plus affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou au régime social des professions indépendantes ;

- un mois après la date de réception de la demande de résiliation faite au delà de la première année d'assurance

- dans les conditions définies en cas de cessation du paiement des primes (article L113 -3 du Code des assurances) ;

- en cas de retrait d'agrément à l'Assureur ;

- à la date du décès de l'Adhérent, l'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat et pour l'ensemble des bénéficiaires sous réserve de l'application du paragraphe 2.9 – MAINTIEN DES GARANTIES de la présente Notice d'Information, ci-après.

Les soins dispensés ou les dépenses engagées après la date de cessation des garanties sont exclus des garanties et les attestations d'assurance de tiers payant doivent être restituées. Toute prestation indûment prise en charge sera remboursée à l'Assureur (ou à son représentant délégué de gestion).

2.9 MAINTIEN DES GARANTIES

Pour les conjoints et/ou enfants perdant la qualité de bénéficiaire du fait du décès de l'Adhérent, il est proposé le maintien au contrat d'adhésion au titre de l'option dont ils bénéficiaient précédemment sous réserve qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'option choisie, les frais d'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue, le remboursement des frais de chambre particulière et d'accompagnant est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par jour. **Quand ils sont pris en charge, les frais de chambre particulière sont limités à 90 jours/an pour les soins de suite et de réadaptation et par bénéficiaire. Ils sont exclus pour les établissements ou unités psychiatriques, les soins de cure ou postcure ainsi qu'en ambulatoire.**

Médecine courante

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les frais de consultations des médecins généralistes et spécialistes.

- les visites et actes des auxiliaires médicaux (infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)

- les frais qui se rapportent aux examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie

- les frais qui se rapportent à l'achat de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...

- les actes techniques médicaux des médecins généralistes et spécialistes, les examens médicaux dans les cabinets de radiologie.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins ou s'il a souscrit, à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Médecine complémentaire

Suivant l'option retenue, le remboursement des actes effectués par des ostéopathes, acupuncteurs, pédicures-podologues, diététiciens, homéopathes, sophrologues, sexologues, étioopathes, est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance. Le remboursement est limité à 25 euros par visite dans la limite de 4 séances par année d'assurance.

Pharmacie

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge les frais de médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue, le remboursement des frais de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et d'homéopathie délivrée sur prescription médicale est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance.

Dentaire

Suivant l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste, les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux ;

- les frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie. Suivant l'option retenue, un bonus en deuxième et troisième année d'assurance permet d'augmenter le remboursement de ces frais.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue :

- un forfait supplémentaire, exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance, est ajouté pour les prothèses dentaires, l'implantologie et la parodontie non remboursées par la Sécurité sociale. Ce remboursement forfaitaire maximal est non reportable sur l'année suivante ;

- le montant total garanti sur les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'implantologie, de parodontie, remboursés ou non par la Sécurité sociale, est plafonné, par année d'assurance et par bénéficiaire.

Optique

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les lentilles correctrices. À noter les lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale font également l'objet d'une prise en charge selon l'option choisie.

- les opérations de correction de la myopie

- les opérations de chirurgie réfractive (garanties senior uniquement)

- les lunettes (verres plus monture) acceptées par la Sécurité sociale au ticket modérateur. Votre adhésion prend en charge un équipement optique (verres plus monture) :

- tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique

- annuellement si une évolution de la vue, définie réglementairement, le justifie ou si l'assuré a moins de 16 ans.

Le remboursement maximum, par personne assurée, inclut la prise en charge du ticket modérateur et une couverture de la monture dans la limite de 100€.

Ce remboursement est variable en fonction des verres et du type de correction

Prestations diverses

Dans le cadre de l'option choisie, certaines prestations font l'objet d'un remboursement spécifique :

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant dès lors que l'enfant est inscrit sur le certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant l'événement et sous réserve d'un délai d'attente de 10 mois : un forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption plénière de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer.

- Prothèses orthopédiques : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale,

- Prothèses auditives : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale. Selon l'option retenue, un forfait peut être alloué tous les quatre ans par oreille et par bénéficiaire.

- Prothèses capillaires refusées par la Sécurité sociale : un forfait annuel est alloué selon option retenue.

- Cure thermale : un forfait est alloué, en remboursement des dépenses pour prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement) selon l'option retenue.

- Frais obsèques : un forfait est alloué en cas de décès du bénéficiaire avant 66 ans selon l'option retenue (garanties TNS et salarié, non senior uniquement).

3.2 ÉTENDUE DES GARANTIES

Étendue territoriale

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France, y compris dans les Départements et Régions d'Outremer (DOM - ROM) et pour des bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique également aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

Exclusions de garanties

La garantie de l'Assureur n'est pas acquise pour :

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité, sauf actes prévus au titre des garanties de l'option choisie ;

- les frais de santé engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;

- les frais de santé engagés pendant les périodes d'attente (limitations de garantie à l'adhésion) ;

- les traitements ayant un but esthétique, sauf ceux consécutifs à un accident couvert par votre adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins" et pris en charge par la Sécurité sociale ;

- les frais d'hébergement facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans les unités/centres de long séjour (article L174-6 du Code de la Sécurité sociale) ;

- dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L312-116 du Code de l'action sociale et des familles) ;

- dans des établissements pour cures autres que cures thermales prescrites médicalement et effectuées dans un établissement conventionné par l'assurance maladie obligatoire.

- Les frais de chambre particulière lors d'une hospitalisation suite à des accidents et maladies occasionnés par :

- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre,

- les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le bénéficiaire y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,

- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,

3.3 CHOIX DES GARANTIES À L'ADHÉSION

Au moment de la demande d'adhésion au contrat, l'Adhérent a le choix entre plusieurs garanties. L'option retenue par l'adhérent est indiquée sur le certificat d'adhésion et le détail des prestations est joint au contrat.

L'option de garanties retenue par l'Adhérent s'applique également à son conjoint et ses enfants appelés à bénéficier de l'adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins".

3.4 MODIFICATION DE GARANTIES

Sous réserve de satisfaire à nouveau aux formalités d'admission, l'Adhérent a la faculté de changer de garanties en formulant une demande de changement d'option dans les conditions suivantes :

- après un délai minimum d'un an suivant la date d'effet de l'adhésion, le changement d'option prendra effet, à la date figurant sur l'avenant de modifications de garanties, soit au 1er jour du mois qui suit cette demande ;

- l'intervalle entre deux changements de garanties doit être d'une année minimum.

- des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie.

- La modification, concernant le module dentaire, conduira à l'application des garanties de l'année 1 de l'option choisie, même si l'assuré bénéficiait auparavant de montants de prestations prévus en année 2 ou 3 et suivantes au titre des garanties de son option initialement choisie. Le passage au niveau de prestations des années suivantes sera déterminé à partir de la date d'effet de l'avenant de modification de garantie.

- la modification concernera l'ensemble des assurés bénéficiaires désignés au certificat d'adhésion.

- la modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.

3.5 VERSEMENT DES PRESTATIONS PAR L'ASSUREUR

Le versement des prestations dues par l'Assureur sont versées par l'intermédiaire de son représentant délégué de gestion à partir des différents types d'informations nécessaires fournies.

Télétransmission Noémie

Lors de sa demande d'adhésion, l'Adhérent indique son numéro de Sécurité sociale ainsi que le numéro de rattachement de sa caisse obligatoire ou fournit une copie de son attestation de caisse obligatoire. Ces éléments permettent de mettre en place la télétransmission Noémie avec les caisses obligatoires, dans un délai minimum d'un mois. Les remboursements sont générés automatiquement à réception des informations par LUXIOR ASSURANCES.

Durant le délai de mis en place de la télétransmission ou si la télétransmission ne peut pas être mise en place (caisses n'ayant pas d'accord avec Luxior Assurances, enfant rattaché à un adulte non inscrit au certificat d'adhésion...) tout remboursement se fait à partir du décompte original (papier ou dématérialisé) de la caisse obligatoire fourni par l'Assuré à Luxior Assurances 2 Quai de la Douane CS 52826 29228 Brest Cedex 2, accompagné d'une facture originale détaillée précisant la nomenclature de l'acte (hospitalisation, appareillages divers, optique, prothèses auditives...).

Cas spécifiques

Pour obtenir le remboursement des frais exposés selon les conditions de garanties de l'option choisie, l'Assuré bénéficiaire doit fournir les justificatifs précisés ci-dessous :

- **Optique** : joindre la facture originale détaillée et la prescription médicale, pouvant comporter l'adaptation de la correction que l'opticien lunetier aura réalisée lors d'un renouvellement d'une ordonnance conformément aux règles fixées par le décret du 12 octobre 2016 (relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrice et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier).

En cas d'urgence constatée et de délivrance de nouvelles lunettes sans ordonnance médicale suite à une perte ou un bris de verres correcteurs, et si le forfait n'a pas déjà été versé, joindre la facture détaillée et le résultat de l'examen de réfraction réalisé par l'opticien-lunetier.

- **Prothèses dentaires et implants non pris en charge par la Sécurité sociale** : joindre la facture originale détaillée du dentiste.

- **Prothèses capillaires** : joindre la facture originale du fournisseur.

- **Cure thermale** : Le forfait est réglé, en remboursement des dépenses pour des prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement), sous réserve de la fourniture des factures relatives aux frais engagés.

- **Allocation Naissance / Adoption plénière par enfant (garanties non senior)** : Le forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer. L'enfant doit obligatoirement être inscrit sur le certificat d'adhésion dans un délai de 2 mois suivant la naissance pour que le forfait soit versé.

- **Allocation obsèques (garanties non senior)** : Le forfait est réglé sous réserve de la fourniture de l'acte de décès du bénéficiaire décédé accompagné de la facture relative aux frais engagés.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises par l'Adhérent (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins.

À défaut de transmission des documents dans les conditions ci-dessus, les prestations ne pourront pas être versées

Tiers payant

Une attestation de tiers payant SP santé est délivrée à l'Adhérent et est renouvelée périodiquement sous réserve du paiement des cotisations dues au titre de l'adhésion au contrat «FFA Complémentaire frais de soins».

Grâce à cette attestation de tiers payant SP Santé et selon les prestations qui y sont définies dans les domaines de santé mentionnés (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), les bénéficiaires de l'adhésion n'avancent pas la part complémentaire de leurs frais de soins lorsque le professionnel de santé accepte de pratiquer le tiers payant.

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant sur la totalité de la part complémentaire, le remboursement s'effectue selon les conditions précisées ci-dessus (télétransmission).

IV COTISATIONS

4.1 FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Mode de fixation des cotisations

À la date d'effet de l'adhésion et à la date d'effet d'une modification en cours de contrat, la cotisation annuelle est déterminée en fonction de l'âge des Assurés bénéficiaires des garanties, de l'option choisie par l'Adhérent et du nombre de personnes assurées au titre de l'adhésion. Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat est automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date d'effet de son entrée en vigueur.

Évolution des cotisations

La cotisation évolue à chaque échéance anniversaire de l'adhésion au contrat :

- de l'âge atteint par les Assurés à cette date. Toutefois la cotisation

3.6 PLURALITE D'ASSUREURS - LIMITES DE GARANTIES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire de l'adhésion au contrat « FFA Complémentaire santé » peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.7 MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE SOCIALE

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire ou par nous peut entraîner en cours d'année :

- soit le maintien de votre niveau de garantie global (cumul des remboursements de votre régime et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,

- soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de garantie.

Dans tous les cas, la modification est notifiée à l'Adhérent par la Fédération Française des Assurés (F.F.A.), et, en cas de désaccord, l'Adhérent a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans le délai et les conditions indiquées dans la notification de la F.F.A.

3.8 CONTRÔLE MÉDICAL

Dans tous les cas et à toute époque, le service médical et les services administratifs d'Allianz ou ceux de son délégataire de gestion ont libre accès auprès de tout bénéficiaire pour obtenir des compléments d'information et vérifier, le cas échéant, si les dossiers soumis en vue d'un remboursement complémentaire ne sont pas visés par les exclusions mentionnées au contrat d'adhésion.

De plus, l'Assureur ou son représentant délégataire de gestion se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout bénéficiaire sinistré. Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à l'examen du médecin délégué par l'Assureur.

En cas de refus d'un bénéficiaire, dans un délai de 10 jours suivant la mise en demeure de se soumettre à un examen médical ou de transmettre les documents demandés le versement des prestations sera suspendu à son égard

3.9 CONFIDENTIALITE MEDICALE

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous nous adressez) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le service médical d'Allianz ou de son Représentant délégataire de gestion.

De même, les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par votre régime obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, les demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier par nos Services Administratifs.

La signature de votre adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins" vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au service médical d'Allianz ou de son Représentant délégataire de gestion, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

- aux services administratifs de Luxior Assurances, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre régime obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

« enfant » est forfaitaire jusqu'à l'âge de 25 ans inclus ;

- de l'évolution de la « consommation médicale totale des ménages » publiée dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé ;

- des résultats techniques du contrat "FFA Complémentaire frais de soins".

- suite à des évolutions d'ordre fiscal (taxes), législatif ou réglementaire qui viendraient à modifier la couverture d'un régime obligatoire français d'assurances maladie et de maternité, entraînant une modification de tout ou partie de engagements de l'Assureur.

4.2 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conditions de paiement des cotisations

En contrepartie des engagements de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à verser les cotisations de son assurance complémentaire santé.

La cotisation est exigible annuellement et est payable d'avance, à la date d'échéance indiquée le certificat d'adhésion, auprès de la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) après régularisation d'un mandat de prélèvement SEPA.

L'Adhérent peut également bénéficier d'un paiement fractionné (mensuel, trimestriel, semestriel) de sa cotisation annuelle.

Défaut de paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est obligatoire et la procédure d'exécution repose sur l'article L.113-3 du Code des assurances.

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Si la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est pas intégralement

payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont suspendues.

À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, l'adhésion sera résiliée de plein droit et sans autre formalité.

La suspension de garanties fait perdre à l'ensemble des personnes assurées, le droit aux prestations définies au certificat d'adhésion, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension.

Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

La résiliation met fin à l'adhésion et à toutes les garanties et n'empêche pas la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,

V DIVERS

5.1 OBLIGATIONS D'INFORMATION

Déclarations de l'Adhérent

L'Adhérent doit informer LUXIOR Assurances pour toutes les personnes mentionnées sur le certificat d'adhésion, toute modification importante du risque :

- changement de domicile ;
- changement de composition de la famille notamment suite à naissance, union, mariage, séparation, décès ;
- changement de régime social ;
- changement de coordonnées bancaires ;
- séjour à l'étranger de plus d'un mois ;

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à l'adhésion ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle) et L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) du Code des assurances.

Information des Adhérents par la Fédération Française des Assurés (F.F.A.)

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, les modifications du contrat n° 196 4A8034 S « FFA complémentaire frais de soins », susceptibles d'impacter les adhésions en cours en portant sur les droits et obligations des Adhérents au contrat, seront notifiées aux Adhérents par la Fédération Française des Assurés, dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur des modifications.

En cas de désaccord, l'Adhérent qui le souhaite peut résilier son adhésion en raison de ces modifications dans le délai et les conditions indiquées dans la notification.

5.2 DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE :

Si l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Toutefois, le démarchage téléphonique pour proposer à l'Adhérent de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels il a au moins un contrat en cours.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale. »

5.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS - LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'assureur recueille et traite les données personnelles du prospect, adhérent, 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, la FEDERATION FRANCAIDE DES ASSURES, pour la gestion de l'adhésion.

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 l'assureur à lui proposer et/ou lui présenter des produits et 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 ».

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, l'intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), 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 : la FFA

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 ».

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.

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 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.

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, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- 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 allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ? ».

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.

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

Allianz IARD, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 991.967.200 € - 542 110 291 RCS Nanterre - Entreprise(s) régie(s) par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Le courtier de « l'assuré » pour ses informations en tant que client

La FFA pour la gestion des adhésions à l'association et les activités en lien avec l'objet de l'association.

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 ».

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

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 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 courrier à La Fédération Française des Assurés 2 Quai de la Douane CS 52826, 29228 Brest Cedex 2

- par courrier à l'adresse de son courtier.

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

5.4 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction, d'un mécontentement ou d'une déception. L'Assuré peut formuler toute réclamation au sujet du contrat d'adhésion ou de son exécution auprès de la Fédération Française des Assurés 2 Quai de la Douane CS 52826, 29228 Brest Cedex 2.

Si au terme de cette démarche, l'Assuré n'est pas satisfait des réponses données, il peut adresser une réclamation par courriel à clients@allianz.fr ou par simple lettre à l'adresse suivante : **Allianz - Relations Clients, Case Courrier S1803 1, Cours Michelet CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex.**

Tous les destinataires de 1^{ère} et 2^{ème} réclamation s'engagent à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont le souscripteur sera alors informé).

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, l'Assuré a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, dont les coordonnées postales sont : **La Médiation de l'Assurance TSA 50110 -75441 Paris cedex 09 - et les coordonnées web : www.mediation-assurance.org**

Ces examens ou réclamations sont sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5.5 PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat d'assurance complémentaire santé ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. 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 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.

- 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

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

- 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.

- 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.

- Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

5.6 SUBROGATION

L'Assureur ou son représentant délégué de gestion sont subrogés dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au contrat.

5.7 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès aux données le concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

5.8 CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur qui accorde les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.
www.acpr.banque-france.fr

VI TABLEAUX DE GARANTIES



6.1 CIBLE NON SENIOR

Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

Aucun questionnaire médical

		ECO+	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE	ELITE	
HOSPITALISATION* (y compris la maternité)	Frais de séjour	■ en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
		■ en établissement non-conventionné	100%	135%	150%	200%	200%	225%
	Honoraires, chirurgie, anesthésie	■ médecin ayant adhéré au DPTAM ⁽¹⁾	100%	155%	170%	220%	300%	400%
		■ médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ⁽¹⁾	100%	135%	150%	200%	200%	200%
	Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière ⁽²⁾	■ en établissement conventionné	40 € / Jour	50 € / Jour	60 € / Jour	70 € / Jour	90 € / Jour	100 € / Jour
		■ en établissement non-conventionné	-	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	50 € / Jour
	Lit accompagnant enfant (- 16 ans) 60 jours max par an		35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour
	Lit accompagnant adulte (15 jours max par an)		20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour
	Hospitalisation à domicile		100%	135%	150%	200%	300%	400%
Transport - Ambulance acceptés par le RO		100%	125%	150%	150%	200%	300%	




OPTIQUE (3)	Équipement 100% santé** : sans reste à charge (Verres et monture de classe A)	Remboursement intégral					
	Forfait monture de classe B	30 €	40 €	50 €	60 €	80 €	100 €
	Équipement à tarifs Libres (monture limitée à 100 €) :						
	■ Équipement 2 verres simples a)	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €	420 €
	■ Équipement mixte : 1 verre simple, 1 verre complexe ou très complexe» b)	125 €	200 €	255 €	310 €	390 €	420 €
	■ Équipement 2 verres complexes ou très complexes c)	200 €	240 €	290 €	350 €	455 €	560 €
	Lentilles remboursées ou non par le RO	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €	470 €
	Opération de la myopie	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €	470 €

Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santclair depuis votre espace adhérent www.ffa.eu et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à 40% chez 3 050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...



DENTAIRE	Soins et prothèses 100% santé** : - sans reste à charge	Remboursement intégral					
	Soins et consultations - Inlays-Onlays et Paradontologie remboursés par le RO	100%	125%	150%	225%	300%	400%
	Actes prothétiques, Inlay Core, Onlay Core remboursés par le RO	100%	125%	150%	225%	300%***	400%***
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion : + 25%	-	150%	175%	250%	325%	425%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion : + 50%	-	175%	200%	275%	350%	450%
	Orthodontie remboursée	100%	125%	150%	225%	300%	400%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion : + 25%	-	150%	175%	250%	325%	425%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion : + 50%	-	175%	200%	275%	350%	450%
	Frais non-remboursés par le RO						
	■ Prothèses, implantologie, parodontie	65€	115€	130€	200€	250€	300€
Plafond de remboursement							
	1 ^{ère} année			750 €	1 000 €	1 000 €	
	2 ^{ème} année	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	1 200 €	1 500 €	1 500 €
	années suivantes				2 000 €	2 500 €	2 500 €

	ECO+	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE	ELITE
AIDES AUDITIVES	Remboursement intégral à partir du 01/01/2021					
Équipement 100% santé** - Sans reste à charge - Classe 1						
Équipement à tarifs libres - Classe 2 (Forfait annuel par bénéficiaire jusqu'au 31/12/20, ensuite un forfait par oreille tous les 4 ans)	100%	100% + 100 €	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 260 €	100% + 340 €
Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent ffa.eu et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35% sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires; facilité de paiement...						
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
■ Consultations et visites DPTAM ⁽¹⁾	100%	145%	170%	195%	220%	300%
■ Consultations et visites NON DPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	200%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Honoraires paramédicaux						
■ Petite chirurgie, actes techniques médicaux, radiologie DPTAM ⁽¹⁾	100%	145%	170%	170%	220%	300%
NON DPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	150%	200%	200%
■ Auxiliaires médicaux	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Matériel médical : Appareillages ou toutes prothèses (hors auditif et dentaire) remboursés par le RO	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Prothèse capillaire (forfait annuel)	-	50 €	50 €	100 €	100 €	100 €
Médecine douce : Ostéopathe - Chiropracteur - Pédiacre - Podologue Diététicien - Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue Sexologue - Ethioptathe	-	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)
Médicaments, Vaccins, Homéopathie remboursés par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccin non remboursé / homéopathie sur prescription médicale	20 € / an	50 € / an	50 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an
AUTRE						
Forfait naissance / adoption par enfant par foyer ⁽⁴⁾	-	145 €	175 €	195 €	205 €	215 €
Cure thermique (Soins, forfait annuel pour hébergement, transport) forfait annuel	100%	100% + 135 €	100% + 135 €	150% + 185 €	200% + 275 €	300% + 345 €
Allocation obsèque (jusqu'à 65 ans)	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
SEVICES UNIQUES						
Assurance annulation de voyage & perte de bagages	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Rapatriement médical à partir de 25 km	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Voyage, frais de séjour d'un membre de la famille (en cas d'hospitalisation)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Services SANTÉCLAIR 	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Prestations: exprimées en pourcentage des tarifs de convention et/ou base de remboursement (en secteur non conventionné) sous déduction du Régime Obligatoire dans la limite des frais réels.

- (1) Le médecin s'engage à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée
- (2) Chambre seule limitée à 90 jours par an pour les établissements de soins de suite et de réadaptation et exclue pour les établissements et unités psychiatriques, de soins de cure ou post cure ainsi qu'en ambulatoire.
- (3) Remboursement d'un équipement optique (verre et monture) par période de deux ans à compter du dernier achat dont un plafond de remboursement pour la monture de 100€ (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction pour les adultes: un équipement par an)

a) Correction simple (définition contrat responsable) :

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est [-6,00 et +6,00]
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre ≤ +4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) ≤ 6,00

c) Correction très complexe (définition contrat responsable)

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de [-4,00 à +4,00]
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-8,00 et 0] et dont le cylindre > +4,00 dioptries
 - dont la sphère est < -8,00 dioptries et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est > à 8,00

b) Correction complexe (définition contrat responsable) :

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est > + 4,00
 - dont la sphère est < -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) > 6,00
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est [-4,00 et + 4,00]
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-8,00 et 0,00] et dont le cylindre ≤ +4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) ≤ 8,00

(4) Inscription obligatoire de l'enfant dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption plénière. Délai d'attente 10 mois.

Limitations:

*l'hospitalisation est plafonnée à l'option Médium les 3 premiers mois

**A compter du 01/01/2020 pour l'optique et les prothèses dentaires (Bridges, couronnes, Inlays), du 01/01/2021 pour le reste en dentaire (Prothèses amovibles) et les aides auditives, tels que définis réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives.

***Délai d'attente en prestige et élite : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225% pendant les 12 premiers mois sauf abrogation

6.2 CIBLE SENIOR



Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

Aucun questionnaire médical

		ECO+	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE	
HOSPITALISATION*	Frais de séjour	■ en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		■ en établissement non-conventionné	100%	135%	150%	200%	200%
	Honoraires, chirurgie, anesthésie	■ médecin ayant adhéré au DPTAM ⁽¹⁾	100%	155%	170%	220%	300%
		■ médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ⁽¹⁾	100%	135%	150%	200%	200%
	Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière ⁽²⁾	■ en établissement conventionné	40 € / Jour	50 € / Jour	60 € / Jour	70 € / Jour	90 € / Jour
		■ en établissement non-conventionné	-	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour	35 € / Jour
	Lit accompagnant adulte (15 jours max par an)		20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour
	Hospitalisation à domicile		100%	135%	150%	200%	300%
	Transport - Ambulance acceptés par le RO		100%	125%	150%	150%	200%




OPTIQUE (3)	Équipement 100% santé** : sans reste à charge (Verres et monture de classe A)		Remboursement intégral				
	Forfait monture de classe B		30 €	40 €	50 €	60 €	80 €
	Équipement à tarifs Libres (monture limitée à 100 €) :						
	■ Équipement 2 verres simples a)		100 €	200 €	255 €	310 €	390 €
	■ Équipement mixte : 1 verre simple, 1 verre complexe ou très complexe» b)		125 €	200 €	255 €	310 €	390 €
	■ Équipement 2 verres complexes ou très complexes c)		200 €	240 €	290 €	350 €	455 €
	Lentilles remboursées ou non par le RO		100 €	200 €	255 €	310 €	390 €
	Chirurgie réfractive		100 €	200 €	255 €	310 €	390 €

Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santéclair depuis votre espace adhérent www.ffa.eu et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à 40% chez 3 050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...



DENTAIRE	Soins et prothèses 100% santé** : - sans reste à charge		Remboursement intégral				
	Soins et consultations - Inlays-Onlays et Paradontologie remboursés par le RO		100%	125%	150%	225%	300%
	Actes prothétiques, Inlay Core, Onlay Core remboursés par le RO		100%	125%	150%	225%	300%***
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion : + 25%		-	150%	175%	250%	325%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion : + 50%		-	175%	200%	275%	350%
	Orthodontie remboursée		100%	125%	150%	225%	300%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion : + 25%		-	150%	175%	250%	325%
	BONUS FIDÉLITÉ → à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion : + 50%		-	175%	200%	275%	350%
	Frais non-remboursés par le RO						
	■ Prothèses, implantologie, parodontie		65€	115€	130€	200€	250€
Plafond de remboursement	1 ^{ère} année				750 €	1 000 €	
	2 ^{ème} année	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	1 200 €	1 500 €	
	années suivantes				2 000 €	2 500 €	

	ECO+	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE
AIDES AUDITIVES	Équipement 100% santé** - Sans reste à charge - Classe 1				
	Remboursement intégral à partir du 01/01/2021				
	100%	100% + 100 €	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 260 €
	Équipement à tarifs libres - Classe 2 (Forfait annuel par bénéficiaire jusqu'au 31/12/20, ensuite un forfait par oreille tous les 4 ans)				
	Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent ffa.eu et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35% sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires; facilité de paiement...				
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
■ Consultations et visites DPTAM ⁽¹⁾	100%	145%	170%	195%	220%
■ Consultations et visites NON DPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	125%	150%	150%	200%
Honoraires paramédicaux					
■ Petite chirurgie, actes techniques médicaux, radiologie					
DPTAM ⁽¹⁾	100%	145%	170%	170%	220%
NON DPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	150%	200%
■ Auxiliaires médicaux	100%	125%	150%	150%	200%
Matériel médical : Appareillages ou toutes prothèses (hors auditif et dentaire) remboursés par le RO	100%	125%	150%	150%	200%
Prothèse capillaire (forfait annuel)	-	50 €	50 €	100 €	100 €
Médecine douce : Ostéopathe - Chiropracteur - Pédicure - Podologue Diététicien - Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue Sexologue - Ethioptathe	-	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)
Médicaments, Vaccins, Homéopathie remboursés par le RO	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccin non remboursé / homéopathie sur prescription médicale	20 € / an	50 € / an	50 € / an	100 € / an	100 € / an
AUTRE					
Cure thermale (Soins, forfait annuel pour hébergement, transport) forfait annuel	100%	100% + 135 €	100% + 135€	150% + 185€	200% + 275€
Ostéodensitométrie (non pris en charge)	30 €	35 €	40 €	40 €	45 €
SEVICES UNIQUES					
Assurance annulation de voyage & perte de bagages	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Rapatriement médical à partir de 25 km	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Voyage, frais de séjour d'un membre de la famille (en cas d'hospitalisation)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Services SANTÉCLAIR 	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Prestations: exprimées en pourcentage des tarifs de convention et/ou base de remboursement (en secteur non conventionné) sous déduction du Régime Obligatoire dans la limite des frais réels.

- (1) Le médecin s'engage à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée
- (2) Chambre seule limitée à 90 jours par an pour les établissements de soins de suite et de réadaptation et exclue pour les établissements et unités psychiatriques, de soins de cure ou post cure ainsi qu'en ambulatoire.
- (3) Remboursement d'un équipement optique (verre et monture) par période de deux ans à compter du dernier achat dont un plafond de remboursement pour la monture de 100€ (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction pour les adultes: un équipement par an)

- a) Correction simple (définition contrat responsable) :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est [-6,00 et +6,00]
 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre ≤ +4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) ≤ 6,00
- c) Correction très complexe (définition contrat responsable)
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de [-4,00 à +4,00]
 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-8,00 et 0] et dont le cylindre > +4,00 dioptries
 - dont la sphère est < -8,00 dioptries et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est > à 8,00

- b) Correction complexe (définition contrat responsable) :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques :
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est > + 4,00
 - dont la sphère est < -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) > 6,00
 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est [-4,00 et + 4,00]
 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-8,00 et 0,00] et dont le cylindre ≤ +4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) ≤ 8,00

Limitations:

* l'hospitalisation est plafonnée à l'option Médium les 3 premiers mois

** A compter du 01/01/2020 pour l'optique et les prothèses dentaires (Bridges, couronnes, Inlays), du 01/01/2021 pour le reste en dentaire (Prothèses amovibles) et les aides auditives, tels que définis réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives.

*** Délai d'attente en prestige : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225% pendant les 12 premiers mois sauf abrogation



Association
Loi 1901

Fédération Française des Assurés

Centre de gestion : 2 Quai de la Douane - CS 52826 - 29228 Brest Cedex 2

Siège social : 112 Bd. Malesherbes - 75017 Paris

Tél. : 02 98 80 96 44 - Fax : 02 98 80 26 24 - Courriel : ffa@luxior.fr - Site adhérent : www.ffa.eu

ASSOCIATION
D'ASSURÉS
DEPUIS... 1976