



NOTICE D'INFORMATION

Votre MUTUELLE a souscrit auprès de l'UNMI (Union de Mutuelles régie par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 207, dont le siège social est situé 50, avenue Daumesnil à PARIS (75012) un contrat collectif à adhésion facultative au bénéfice de ses membres admissibles à l'ACS, auquel vous avez adhéré.

Le contenu de ce contrat est conforme au cahier des charges fixé par l'avis d'appel public à la concurrence en application du décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L863-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Par Arrêté du 10 avril 2015 (JORF n°0085, 11 avril 2015 p 6535) fixant la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L 863-6 du Code de la Sécurité Sociale, l'Offre ACS « PROXIME SANTE » a été retenue par la Direction de la Sécurité Sociale.

Conformément à l'article L 221-6 du Code de la Mutualité, il est établi la présente notice d'information destinée à éclairer l'Adhérent sur les principales dispositions du contrat et qui est remise avec le Bulletin d'Adhésion.

RAPPEL DU DISPOSITIF APPLICABLE

La personne remplissant les conditions prévues à l'article 863-1 du Code de la Sécurité sociale peut bénéficier d'une Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), sur présentation d'une attestation de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article L 863-2 du Code de la Sécurité sociale, cette aide sera déduite par l'organisme assureur du montant de la cotisation normalement applicable à l'assuré et à ses bénéficiaires assurés et uniquement pour la souscription d'un contrat sélectionné dans le cadre de la mise en concurrence prévue par l'article L 863-6 du Code de la Sécurité sociale.

a) Conditions pour bénéficier d'une Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

Les articles L 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale prévoient que pour bénéficier de la réduction, le Bénéficiaire doit :

- Présenter à l'organisme assureur l'attestation ou le duplicata délivré à sa demande par la caisse d'Assurance maladie obligatoire dont il relève. Les conditions pour que la caisse lui remette cette attestation sont notamment les suivantes :
 - Résider en France métropolitaine ou dans un département ou une collectivité d'Outre Mer (sauf Mayotte) de manière stable et régulière,
 - Avoir des ressources comprises entre les plafonds prévus à l'article L 861-1 du Code de la Sécurité sociale et ce même plafond majoré de 35%.
- Souscrire ou adhérer à des contrats figurant sur la liste des offres sélectionnées publiée au journal Officiel de la République Française. Cette liste est remise à l'assuré social par la caisse d'Assurance maladie dont il dépend au moment de la remise de l'attestation de droit à l'ACS (aussi dénommée « attestation chèque » lors de sa première délivrance et à chaque renouvellement).

Ces dispositions s'appliquent aux contrats PROXIME SANTE souscrits après le 1^{er} Juillet 2015 correspondant à une demande de renouvellement à l'ACS d'un contrat santé souscrit avant le 1^{er} Juillet 2015, ou à une nouvelle accession à ce dispositif.

Les contrats santé en cours de l'adhérent, souscrits avant le 1^{er} juillet 2015, pourront être maintenus avec le bénéfice de l'aide jusqu'au terme contractuel.

b) Montant de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

L'article 863-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit que le montant de cette aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer.

Le ou les contrats d'assurances complémentaires souscrit(s) par une même personne n'ouvrent droit qu'à une seule aide par période de 12 mois ; le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation.

c) Obtention du droit à déduction

L'article R 863-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit que le bénéficiaire du droit à déduction dispose d'un délai de 6 mois à compter de la date de la décision d'attribution de cette aide pour la faire valoir auprès de l'organisme assureur qu'il aura choisi sur la liste des contrats d'assurance que lui aura remis sa caisse d'Assurance maladie obligatoire.

Pendant cette période, il bénéficie du tiers-payant social effectué par le régime d'Assurance maladie universel.

d) Durée de la déduction

Selon l'article 863-3 du Code de la Sécurité sociale, le droit à déduction prévu à l'article 862-2 du Code de la Sécurité Sociale est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du ou des contrats(s) souscrits(s) auprès d'un assureur (Mutuelle, entreprise régie par le Code des assurances ou d'une Institution de Prévoyance) choisie par le bénéficiaire ACS.

Toutefois, si le bénéficiaire ACS est déjà couvert par un contrat d'assurances complémentaire santé figurant parmi la liste des contrats sélectionnés à la date de remise de l'attestation, le droit à déduction prend effet le lendemain du jour de la remise de l'attestation.

Il est délivré au bénéficiaire une attestation de droit complémentaire à réception des flux d'acquiescement transmis par l'Assurance maladie complémentaire.

En cas de suspension par l'organisme assureur du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non paiement à l'échéance par l'adhérent de la cotisation, le bénéfice de l'aide est suspendu.

Selon les dispositions de l'article R 863-4 du Code de la Sécurité sociale, si le contrat d'assurance prend fin au cours de la période d'un an, l'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit remet alors au bénéficiaire ACS :

- Son attestation d'origine de droit à déduction délivrée par la caisse d'Assurance maladie obligatoire (attestation remise à l'organisme assureur par le bénéficiaire de l'aide au moment de la souscription du contrat) ;
- Une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la période pendant laquelle l'organisme assureur a exercé le droit à déduction.

Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme assureur auprès duquel il a souscrit le nouveau contrat.

e) Information du bénéficiaire de l'aide de la date d'échéance de son adhésion au contrat ACS

Le bénéficiaire de l'Aide est informé par l'organisme assureur de la date d'échéance de son adhésion au contrat souscrit dans le cadre de l'ACS ainsi que de la possibilité de renouveler ou non son adhésion au contrat avec le bénéfice de la déduction mentionnée à l'article 863-2 du Code de la Sécurité sociale.

f) Demande de renouvellement

Si le bénéficiaire de l'ACS dépose une demande de renouvellement du droit à déduction auprès de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire dans les délais prévus (délai de deux (2) à quatre (4) mois) par l'article R 863-5 du Code de la Sécurité sociale et s'il n'a pas reçu avant l'échéance de ses droits à déduction, l'attestation du droit à déduction de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire, il devra dans les trente (30) jours suivant la réception de l'attestation, en remettre une copie à son organisme assureur qui fera courir ses droits à déduction à effet rétroactif à compter de la fin de la période de droits à déduction précédente.

Conformément à l'article R 863-5 du Code de la Sécurité sociale, lorsque le droit à déduction s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats d'assurance souscrits par des personnes différentes d'un même foyer :

- La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux (2) mois et au plus tard quatre (4) mois avant l'échéance du droit à déduction ;
- Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat d'assurances, sans que tous les autres contrats aient pris fin, et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme assureur

après duquel le contrat a été souscrit lui remet, à sa demande, les attestations mentionnées à l'article R 863-4 du Code de la Sécurité sociale (attestation de droit à déduction délivrée par sa caisse d'Assurance maladie obligatoire et attestation délivrée par son organisme assureur indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction). L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme assureur auprès duquel il a souscrit un nouveau contrat.

Conformément à l'article R 863-6 du Code de la Sécurité sociale, en cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à déduction prévu par l'article L 863-2 du Code de la Sécurité sociale, l'enfant donne droit pour la période restant à courir, à la déduction prévue à cet article pour le bénéficiaire du contrat d'assurance et de l'aide prévue à l'article 863-1 du Code de la Sécurité sociale pour l'organisme assureur auprès duquel le contrat a été souscrit.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France dans les conditions fixées par l'article L 861-1 du Code de la Sécurité sociale, il est tenu d'en informer son organisme assureur auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction est interrompu.

SOMMAIRE

DEFINITIONS	6
PARTIE I : DISPOSITIONS GENERALES	9
L'ADHESION DES BENEFICIAIRES DE L'ACS	9
Article 1	MODALITES D'ADHESION DES BENEFICIAIRES ACS _____ 9
Article 2	AFFILIATION DES BENEFICIAIRES _____ 12
Article 3	CESSATION DE L'ADHESION - RENOUELEMENT _____ 15
Article 4	LOI APPLICABLE _____ 18
Article 5	LANGUE UTILISEE _____ 18
DISPOSITIONS DIVERSES	19
Article 6	RECOURS SUBROGATOIRE DE LA MUTUELLE EN CAS D'ACCIDENT _____ 19
Article 7	PRESCRIPTION _____ 19
Article 8	INFORMATIQUE ET LIBERTES _____ 20
Article 9	SECRET PROFESSIONNEL _____ 20
ARTICLE 10	AUTORITE DE CONTROLE _____ 20
Article 11	RECLAMATIONS _____ 21
Article 12	VALEUR CONTRACTUELLE _____ 21
PARTIE II : COTISATIONS	22
Article 13	MONTANT DES COTISATIONS _____ 22
Article 14	MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS _____ 22
Article 16	« CONTRAT RESPONSABLES » _____ 23
PARTIE III : GARANTIES ET SERVICES	25
Article 17	OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE _____ 25
Article 18	« CONTRAT RESPONSABLES » _____ 25
Article 19	BASES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS _____ 25
Article 20	GARANTIES NON PRISES EN CHARGES ET EXCLUSIONS _____ 26
Article 21	PLAFOND DE GARANTIES _____ 27
Article 22	FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER _____ 27
Article 23	DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES _____ 27
PARTIE IV : VERSEMENT DES PRESTATIONS	29
Article 24	MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS _____ 29
Article 25	OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS _____ 29
Article 26	DECHEANCE ET DELAIS DE DECLARATION _____ 29
ANNEXE 1 - PROXIME SANTE - LES BAREMES DE PRESTATIONS	31
ANNEXE 2 - PROXIME SANTE - LES BAREMES DE COTISATIONS	32
ANNEXE 3 - PIECES JUSTIFICATIVES EN CAS DE SINISTRE	34

DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans le Contrat en **majuscules pour les sigles** ou avec **la première lettre en majuscule** ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

ACS : désigne l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé permettant la réduction du montant de la cotisation santé payée par le bénéficiaire ACS en cas d'adhésion à un contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle dans les conditions définies par les articles L863-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

UNION : Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI), Union de Mutuelles régie par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 207, dont le siège social est situé 50, avenue Daumesnil à PARIS (75012), assureur du Contrat.

MUTUELLE Souscriptrice : désigne la mutuelle dont est membre l'adhérent et qui a souscrit le Contrat PROXIME SANTE auprès de l'UNMI.

Titulaire/Bénéficiaire de l'ACS : désigne les personnes concernées par le dispositif ACS. Le Titulaire est la personne qui a déposé un dossier de demande auprès de la caisse d'Assurance maladie obligatoire pour les personnes dépendant du foyer fiscal. Après instruction du dossier et accord de la caisse, une attestation est délivrée pour chacun des membres du foyer fiscal (Bénéficiaire de l'ACS).

Assuré Social (ayant droit/ouvrant droit) : désigne une personne physique affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie. Chaque Assuré social est soit ayant droit pour les personnes à charge, soit ouvrant droit couvrant les personnes à charge qui lui sont rattachées.

Adhérent : désigne la personne physique, membre de la MUTUELLE Souscriptrice, qui a adhéré au Contrat PROXIME SANTE par la signature d'un Bulletin d'Adhésion. Cette personne, couverte par un régime d'assurance maladie et ouvrant droit pour l'Assurance maladie obligatoire, est le titulaire du dossier ACS. L'adhérent se voit adresser au titre de son Adhésion, une carte mutuelle indiquant les bénéficiaires couverts. Il est redevable des Cotisations.

Bénéficiaire : désigne les personnes inscrites sur le Bulletin d'Adhésion au Contrat PROXIME SANTE et à ce titre bénéficiant des prestations liées à sa formule. Il relève de l'ACS et bénéficie du droit à déduction délivrée par la caisse d'Assurance maladie obligatoire.

Conjoint : désigne le conjoint de l'Adhérent légalement marié, non séparé de corps judiciairement ou lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code Civil, ou le concubin, personne physique vivant avec l'Adhérent dans les conditions définies à l'article 515-8 du Code civil. Cette personne fait partie du foyer ayant fait l'objet d'une demande ACS.

PACS : il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Contrat Collectif Proxime Santé : désigne le contrat PROXIME SANTE, contrat collectif facultatif souscrit par la MUTUELLE Souscriptrice auprès de l'UNMI.

Adhésion : désigne le lien contractuel entre l'Adhérent et l'UNION par l'intermédiaire de la MUTUELLE Souscriptrice, matérialisé par un Bulletin d'Adhésion signé pour une formule PROXIME SANTE .

Formule : correspond à l'Option retenue dans le cadre du Contrat PROXIME SANTE, chaque formule faisant l'objet d'un barème spécifique de prestations et de cotisations.

Garantie : correspond à l'engagement de l'UNION de verser une prestation si l'Adhérent ou, le cas échéant, les Bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Risque/sinistre : le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Adhérent ou du Bénéficiaire. Le sinistre correspond à la réalisation du Risque.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'UNION à savoir la prise en charge de remboursements complémentaires à la sécurité sociale dans le cadre d'un barème de remboursement relatif à la Formule souscrite par l'Adhérent. Ce barème se matérialise par une « grille de prestations servies » (Annexe 1).

Nomenclature : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la *Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)* ;
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie,...) et pour les actes dentaires, il s'agit de la *Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)* ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la *Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM)* ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage,...), il s'agit de la *Liste des Produits et Prestations (LPP)*;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de *Groupes Homogènes de Séjours (GHS)*.

Parcours de soins : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Remboursement de la Sécurité sociale : le remboursement de la Sécurité Sociale s'effectue selon des taux, fonction des actes, et appliqués sur la base de remboursement.

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : résulte de l'application du taux de remboursement de la Sécurité sociale sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR).
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Tiers payant : Système de paiement qui évite à l'Adhérent et/ou aux Bénéficiaires des prestations de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Tiers payant coordonné : Système dans lequel le professionnel de santé effectue de façon conjointe le Tiers-Payant sur la part liée au régime obligatoire et sur la part liée au régime complémentaire. Le régime obligatoire assurant le remboursement global au professionnel de santé pour le compte des organismes complémentaires.

PARTIE I : DISPOSITIONS GENERALES

L'ADHESION DES BENEFICIAIRES DE L'ACS

■ Article 1

MODALITES D'ADHESION DES BENEFICIAIRES ACS

1.1 Conditions d'adhésion des bénéficiaires ACS

Toute personne, membre de la mutuelle MUTUELLE Souscriptrice, sous réserve de relever des conditions d'adhésion et notamment de bénéficier de l'ACS, peut adhérer au contrat PROXIME SANTE, dans le cadre d'une des formule(s) figurant en annexe 1.

L'Adhésion au Contrat Proxime Santé ne peut toutefois produire ses effets que dans la mesure où chaque Adhèrent renseigne intégralement et signe le Bulletin d'Adhésion, dans lequel il précise notamment son état civil, le choix de sa Formule et tous les Ayants droit affiliés, membres de son foyer fiscal, et adresse les pièces justificatives exigées.

1.2 Choix d'une formule :

L'adhérent peut choisir l'une des Formules du Contrat PROXIME SANTE :

- *Proxime Santé Essentiel*
- *Proxime Santé Plus*
- *Proxime Santé confort*

1.3 Désignation des Bénéficiaires

1.2.1 Lors de l'Adhésion

Outre lui-même, l'Adhèrent indique sur son Bulletin d'Adhésion les Ayants droit répondant à la définition de l'article 2 qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties du Contrat et qui figurent d'une part sur l'attestation de droit de l'assurance maladie et d'autre part ont fait l'objet de la délivrance d'une l'attestation ACS par la caisse d'Assurance maladie obligatoire, attestation accordée au titre de la demande effectuée pour le foyer fiscal dont l'Adhèrent est le Titulaire.

1.2.2 Qualité d'Adhèrent, de Bénéficiaire :

Sera considérée comme Adhèrent au Proxime Santé, titulaire de la demande ACS, la personne signataire du Bulletin d'Adhésion, souscriptrice du contrat au titre de lui-même et/ou de ses Bénéficiaires.

Sans pour autant être ouvrant droit de l'assurance maladie, ou Titulaire du dossier ACS, toute personne âgée de plus de 16 ans pourra cependant faire le choix d'Adhérer à titre personnel en tant qu'Adhèrent dans le cas où elle souhaite souscrire une Formule différente de celle retenue par le Titulaire ou qu'elle souhaite faire valoir ses droits ACS pour une période différente (antérieurement, ou postérieurement) de celle du Titulaire du dossier ACS

1.2.3 Le changement de Bénéficiaire

L'Adhérent peut modifier la liste des Bénéficiaires des Garanties, :

- à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption,
- en cas de changement de situation familiale et sous réserve que le/les nouveau(x) Bénéficiaire(s) figurent sur l'attestation délivrée par l'organisme d'assurance maladie obligatoire dont relève l'Adhérent,
- en cas de demande de rattachement ou de sortie d'un Bénéficiaire relevant du dossier ACS de l'Adhérent (membre du foyer fiscal),
- lorsque ses Ayants droits ne remplissent plus les conditions pour être Bénéficiaire des garanties.

1.4 Date d'effet et durée de l'Adhésion

La durée de l'Adhésion au Contrat PROXIME SANTE est conditionnée par la durée de validité de l'attestation de droits ACS de l'Adhérent.

La Garantie est accordée à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion et au plus tôt à la date figurant sur l'attestation délivrée par l'organisme d'assurance maladie, sous réserve que la MUTUELLE Souscriptrice ait reçu l'intégralité des pièces listées à l'article 1.8.

En cas de réception tardive, l'Adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion au Contrat accompagnée des pièces listées à l'article 1.8.

L'attestation ACS est valable 18 mois, à compter de sa date de délivrance, pour une période de Garantie de 12 mois.

Ainsi, dans le cas où le bénéficiaire de l'ACS dépasserait le délai de 6 mois pour effectuer son choix parmi les contrats d'assurances homologués, la demande d'adhésion ne serait plus recevable.

1.5 Renonciation et rétractation

1.5.1 En cas d'Adhésion souscrite hors établissement

Conformément aux dispositions de la loi n°2014-344 du 17/03/2014 relative à la consommation, Il ne peut être reçu aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part de l'Adhérent avant l'expiration d'un délai de **sept jours** à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion hors établissement.

On entend par hors établissement :

« a) Dans un lieu qui n'est pas celui où la MUTUELLE Souscriptrice exerce son activité en permanence ou de manière habituelle, en la présence physique simultanée des parties ;

« b) Ou dans le lieu où la MUTUELLE Souscriptrice exerce son activité en permanence ou de manière habituelle ou au moyen d'une technique de communication à distance, immédiatement après que l'Adhérent a été sollicité personnellement et individuellement dans un lieu différent et où les parties étaient, physiquement et simultanément, présentes ;

« c) Ou lors d'un événement organisé par la MUTUELLE Souscriptrice ayant pour but ou pour effet de promouvoir et de vendre ses produits auprès de l'Adhérent.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente hors établissement, l'Adhérent peut se rétracter sans donner de motif, **dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion.**

L'Adhérent pourra faire valoir ce droit par le biais du formulaire de rétractation détachable, inclus au Bulletin d'Adhésion. Ce formulaire doit être adressé en lettre recommandée avec accusé de réception, au siège social de la MUTUELLE Souscriptrice. Les frais postaux sont à la charge exclusive de l'Adhérent.

Des frais seront facturés à l'Adhérent si ce dernier fait valoir son droit de rétractation alors qu'il a expressément demandé l'exécution de l'Adhésion avant la fin de ce délai.

L'intégralité de la Cotisation acquitée par l'Adhérent lui sera restituée dans un délai de **14 jours** à compter de la réception du bordereau de rétractation. Si l'Adhérent a demandé l'exécution des Garanties pendant le délai de rétractation, les Prestations dont l'Adhérent et les Bénéficiaires ont éventuellement bénéficié, seront déduites des cotisations payées.

1.5.2 En cas d'Adhésion souscrite dans le cadre d'un dispositif de vente à distance

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente à distance, l'Adhérent peut renoncer à son Adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités pendant un délai de **14 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle prend effet l'adhésion**.

Pour renoncer à son adhésion, l'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation au siège social de la MUTUELLE Souscriptrice, par lettre recommandée avec avis de réception.

L'intégralité de la Cotisation à payer par l'Adhérent lui sera restituée sous déduction des Prestations dont il et/ou dont les Bénéficiaires ont éventuellement bénéficié, **dans un délai de 30 jours** à compter de la réception de la lettre de renonciation dont un modèle est proposé ci-après.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« *Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat « PROXIME SANTE » pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le (préciser la date) :
et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par l'UNION.
Date et Signature »*

1.6 Coût des communications

L'Adhésion par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par l'Adhérent, dont le coût est supporté par ses soins.

1.7 Le changement de Formule

L'Adhérent peut modifier le niveau de ses Garanties en choisissant une formule de niveau supérieur ou inférieur, et ce à chaque renouvellement de son Adhésion.

La notion de niveau « supérieur » ou « inférieur » est déterminée par la comparaison des montants des cotisations et des prestations afférentes aux formules.

En cas de naissance, de divorce, de veuvage, de retraite, ou lorsque le dernier enfant perd son statut d'enfant à charge, l'Adhérent peut modifier la formule choisie au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement à condition qu'il en fasse la demande à la MUTUELLE Souscriptrice dans les trois mois du changement de situation.

1.8 Justificatifs à fournir à l'Adhésion au Contrat ACS

L'Adhérent doit joindre avec le Bulletin d'Adhésion :

Dans tous les cas :

- l'attestation de droits ACS pour chacun des Ayants droit, Bénéficiaires du Contrat PROXIME SANTE, et ce tel que défini au dernier alinéa de l'article R 863-1 du Code de la Sécurité sociale

- son attestation de période ACS telle que définie au dernier alinéa de l'article R863-4 du Code de la Sécurité sociale et celles de ses Ayants droit Bénéficiaires, s'il a déjà fait valoir auprès d'un autre organisme assureur son droit à déduction au titre de son attestation de droit,
- la photocopie de sa pièce d'identité à jour,
- un relevé d'identité bancaire, avec un mandat SEPA, permettant le prélèvement des cotisations,
- ainsi que la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale indiquant les Ayants Droit couverts.

Outre l'attestation ACS indiquant l'identité des bénéficiaires du droit à déduction, la MUTUELLE Souscriptrice pourra demander pour les Ayants droit :

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant d'un concubin : un justificatif fiscal de domicile commun,
- s'agissant d'une personne liée au Membre Participant par un pacte civil de solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- s'agissant des enfants à charge de plus de 21 ans et de moins de 25 ans : un justificatif de scolarité, un certificat d'apprentissage, une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à Pôle Emploi,
- s'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou une copie de la carte d'invalidité.

1.9 Acquiescement de l'Adhésion dans le cadre du Tiers Payant Coordonné – délivrance d'une carte mutuelle

Après Adhésion, la MUTUELLE Souscriptrice effectue les formalités, vis à vis de la caisse d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent l'Adhérent et ses Bénéficiaires, permettant leur prise en compte dans le cadre de la procédure de Tiers-Payant coordonné (A III de l'article D. 861-3 du code de la sécurité sociale dite « procédure A »).

Après acquiescement par la caisse primaire de la bonne prise en compte de l'Adhérent et de ses Bénéficiaire dans le dispositif de Tiers-Payant coordonné, l'adhérent pourra bénéficier de la dispense d'avance de frais sur ces soins.

En ce qui concerne les soins optique et audioprothèse, « une carte mutuelle » sera adressée mentionnant les garanties souscrites, les bénéficiaires couverts et le dispositif conventionnel de Tiers-Payant utilisé.

■ Article 2

AFFILIATION DES BÉNÉFICIAIRES

2.1 Modalités d'affiliation des Bénéficiaires

L'affiliation des Bénéficiaires au Contrat PROXIME SANTE dont l'identité figure sur l'attestation de droits à déduction ACS délivrée par la caisse d'Assurance maladie obligatoire est indissociable et indivisible de l'Adhésion de l'Adhérent.

L'Adhérent désigne les personnes répondant à la définition des Ayants droit ci-dessous qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties du Contrat Proxime Santé.

L'Adhérent peut désigner un ou plusieurs Bénéficiaires :

- **au moment de son adhésion** : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion à condition que ces personnes soient Ayants Droits,

Bénéficiaires de l'ACS au titre de l'Adhérent (faisant partie du foyer fiscal ayant fait l'objet d'une demande d'ACS auprès de la caisse de rattachement par l'Adhérent).

Pour chacun des Bénéficiaires doit être joint au Bulletin d'Adhésion l'attestation du droit à déduction portant mention de leur identité (attestation de l'Adhérent et/ou attestations individuelles des Bénéficiaires), et pour les attestations individuelles de leur lien avec l'Adhérent.

- **après son adhésion** : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant à la MUTUELLE Souscriptrice une demande écrite de couverture du ou des ayants-droit concerné(s) à laquelle il joint les éléments justifiant de l'ACS et du lien avec l'adhérent (l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) Ayant(s)-droit concernés).

2.2 Définition des Bénéficiaires

Sont considérés comme Bénéficiaires du contrat santé de l'Adhérent :

- Le Conjoint de l'Adhérent ;
- Les enfants à charge de l'Adhérent. Sont réputés à charge de l'Adhérent, les enfants fiscalement à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, de son partenaire lié par un PACS, ou de son concubin, tels que définis ci-dessus, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1er janvier de l'année en cours :
 - âgés de moins de 21 ans (sans justificatif) ;
 - âgés de moins de 26 ans (la MUTUELLE Souscriptrice se réservant le droit d'exiger les justificatifs à tout moment) :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - sous contrat d'apprentissage ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant (parent légitime).

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.

Dans tous les cas, les Bénéficiaires doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie en France, ayants droit de l'assurance maladie, et leur identité doit figurer sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'Assurance maladie obligatoire .

2.3 Date d'effet de l'affiliation d'un Bénéficiaire

L'affiliation d'un Bénéficiaire postérieurement à l'Adhésion de l'Adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Par exception à ce qui précède :

- L'affiliation d'un Bénéficiaire par suite de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'évènement si la demande d'affiliation accompagnée de toutes les pièces justificatives listées à l'article 1.8 ci-dessus, est présentée à la MUTUELLE Souscriptrice dans les deux mois de sa survenance.

- L'affiliation du Conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la MUTUELLE Souscriptrice dans le mois de la survenance de cet évènement et si la demande est accompagnée de toutes les pièces justificatives de l'article 1.8 des présentes comme de celles attestant de la situation du Conjoint .

Au cas où la demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la MUTUELLE Souscriptrice dans ces délais, l'Adhérent ou son Ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

2.4 Radiation des Bénéficiaires - Cessation de l'affiliation

2.4.1 Cessation de plein droit

La résiliation de l'Adhésion de l'Adhérent à son contrat santé entraîne automatiquement la résiliation de plein droit des affiliations de l'ensemble des Bénéficiaires.

Pour le Bénéficiaire du Contrat Proxime Santé résilié pour lesquels des droits ACS resteraient à courir, il se verrait PROPOSER :

- Soit de rester en tant qu'Adhérent dans le cadre de la formule PROXIME SANTE dont il bénéficiait précédemment ?
- Soit de se voir restituer l'état des droits ACS restant à utiliser, ainsi que les pièces justificatives (attestations) afin d'adhérer à une offre homologuée proposée par un autre organisme complémentaire ;

Lorsqu'un Bénéficiaire ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'ayant droit (perte de son affiliation au régime obligatoire), ou de bénéficiaire de l'ACS ? son affiliation au Contrat Proxime Santé cesse au jour de la perte de cette qualité.

2.4.2 Radiation à l'initiative de l'Adhérent

L'affiliation d'un Bénéficiaire ne peut pas être résiliée indépendamment de l'Adhésion de l'Adhérent sauf si l'Ayant droit ne satisfait plus les conditions pour bénéficier de son statut de Bénéficiaire.

L'Adhérent peut résilier l'affiliation de :

- son Conjoint en cas de divorce d'avec son conjoint, de rupture de son PACS avec son partenaire, de séparation d'avec son concubin,
- son enfant à charge en cas de départ du foyer,
- tout Bénéficiaire en cas de :
 - décès de celui-ci,
 - perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français en tant qu'ayant droit,
 - d'éligibilité à la CMU,
 - ou de son adhésion à un contrat collectif obligatoire frais de santé.

La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la demande adressée à la MUTUELLE Souscriptrice sauf, en cas de décès où celle-ci prend effet au 1er jour du mois suivant le décès, sous réserve de joindre concomitamment un acte de décès.

Pour le Bénéficiaire radié pour lesquels des droits ACS resteraient à courir, il se verrait restituer l'état des droits restant à utiliser, ainsi que les pièces justificatives

(attestations) afin d'adhérer à une offre homologuée proposée par un autre organisme complémentaire

2.5 Date d'effet de l'affiliation d'un Bénéficiaire

Toute modification de Bénéficiaire entraînera la mise à jour par la MUTUELLE Souscriptrice auprès du régime d'assurances maladie obligatoire dont relève le Bénéficiaire des éléments concernant le Tiers Payant Coordonné et l'émission d'une nouvelle « carte mutuelle » garantissant le droit au Tiers-Payant auprès de l'opérateur.

■ Article 3

CESSATION DE L'ADHESION - RENOUELEMENT

3.1 Cessation à l'initiative de l'Adhérent ou de la Mutuelle - Renouvellement

3.1.1 Cessation à terme du contrat - Renouvellement / Non renouvellement

Le bénéfice de l'ACS étant limité dans le temps, L'Adhérent sera alerté au plus tard deux mois avant la fin du Contrat, de la nécessité de procéder au renouvellement de son dossier ACS.

L'Adhérent sera informé qu'il peut soit :

- prolonger d'un an son Adhésion sous réserve de conformité aux conditions pour en bénéficier ;
- bénéficier du contrat de sortie proposée par la MUTUELLE Souscriptrice avec des garanties identiques à celles du Contrat PROXIME SANTE mais dont la cotisation ne prend pas en compte la déduction ACS.
- souscrire tout autre contrat.

3.1.2 Renouvellement de l'Adhésion dans le cadre d'un contrat PROXIME SANTE

Au terme de la période contractuelle, l'Adhérent pourra renouveler son Adhésion sous réserve de répondre aux conditions d'éligibilité à l'ACS pour une nouvelle période. Le renouvellement de son Adhésion au Contrat PROXIME SANTE est soumise aux conditions de la procédure prévue aux articles 1.1 à 1.9 ci-dessus.

Si le bénéficiaire de l'ACS dépose une demande de renouvellement du droit à déduction auprès de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire dans les délais prévus (délai de deux (2) à quatre (4) mois° par l'article R 863-5 du Code de la Sécurité sociale et s'il n'a pas reçu avant l'échéance de ses droits à déduction, l'attestation du droit à déduction de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire, à la réception de l'attestation il disposera d'un délai de trente (30) jours pour en remettre une copie à son organisme assureur qui prendra en compte ses droits à déduction à effet rétroactif à compter de la date de fin de la période de droits à déduction précédente.

A l'occasion du renouvellement l'Adhérent pourra modifier la formule souscrite ainsi que la liste des bénéficiaires couverts.

3.1.3. Renouvellement de l'Adhésion dans le cadre du contrat de sortie

L'Adhérent ne bénéficiant plus de l'ACS pourra formuler une demande de prolongation de son Adhésion sans le bénéfice du droit de déduction au plus tôt dans le mois précédent et au plus tard dans le mois suivant le terme de son Adhésion.

L'Adhérent devra à nouveau justifier auprès de la MUTUELLE Souscriptrice des conditions d'adhésion au Contrat telles que définies ci-dessus à l'exception des attestations ACS.

Le montant des cotisations dues au titre de la prorogation de l'Adhésion est identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS et figurant en annexe à l'exception du droit à déduction ACS.

3.1.4 Résiliation de l'Adhésion avant terme du contrat

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation au terme du contrat (fin de droit ACS) si l'Adhérent apporte la preuve :

- d'une affiliation obligatoire à un autre organisme dès lors qu'une convention collective l'impose,
- en cas d'affiliation à un organisme de Sécurité sociale dans les conditions de l'article L 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale,
- en cas de décès de l'Adhérent si ce dernier est seul bénéficiaire.

La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la demande adressée à la MUTUELLE Souscriptrice sauf, en cas de décès où celle-ci prend effet au 1er jour du mois suivant le décès, sous réserve de joindre concomitamment un acte de décès.

Toutefois, les Bénéficiaires du Contrat Proxime Santé, non concernés par les dispositions ayant permis la résiliation peuvent continuer à bénéficier du contrat jusqu'à terme de leur droits en tant qu'Adhérent.

3.2 Résiliation de l'Adhésion à l'initiative de la MUTUELLE Souscriptrice et/ou de l'UNION

En cas de non-paiement des Cotisations ou d'une fraction des Cotisations dues par l'Adhérent, l'UNION et/ou la MUTUELLE Souscriptrice peuvent procéder à la résiliation de l'Adhésion dans les conditions prévues à l'article « *NON PAIEMENT DES COTISATIONS* ».

La Cotisation est due pour le mois entier quelle que soit la date de résiliation de l'Adhésion au cours du mois.

3.2.1 Radiation du Contrat de la liste des offres habilitées pour bénéficier de l'ACS

3.2.1.1 Sortie de PROXIME SANTE des offre éligibles à l'ACS

En cas de radiation du Contrat d'Assurance de la liste des offres susceptibles de bénéficier de l'ACS, la MUTUELLE et/ou l'UNION informent l'Adhérent des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'ACS, dans un délai d'un mois à compter de l'arrêté de radiation.

L'Adhésion sera alors résiliée de plein droit et la MUTUELLE Souscriptrice prendra les dispositions pour garantir la couverture de l'Adhérent et ses Bénéficiaires en lien avec la décision de l'autorité de tutelle.

En cas de radiation du Contrat d'Assurance de la liste des offres susceptibles de bénéficier de l'ACS, l'UNION et/ou la MUTUELLE Souscriptrice peuvent être amenés à modifier les droits et obligations des Adhérents dans le cadre de leur Contrat Santé. En cas de désaccord, les Adhérents peuvent mettre fin à leur Adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par la MUTUELLE Souscriptrice, de la nouvelle notice d'information ou de l'avenant à la notice d'information comportant les modifications.

Par suite de cette résiliation, l'UNION et/ou la MUTUELLE Souscriptrice rembourse à l'Adhérent le montant des Cotisations éventuellement encaissées à effet postérieur à cette date de résiliation.

3.2.1.2 Révision des Cotisations

L'UNION garantit le montant des cotisations figurant en annexe 2 durant une période de trois ans sous réserve des dispositions ci-dessous

Toutefois à titre exceptionnel, les montants des cotisations peuvent être modifiés en fonction de l'évolution annuelle de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie fixée par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année antérieure.

Ils pourront être révisés avec l'accord de la Direction de la Sécurité Sociale dès lors que des changements à caractère significatif sont intervenus (aggravation de la sinistralité, évolution démographique et modification de la réglementation).

Ces évolutions s'appliquent au montant hors taxe des cotisations.

Chaque Adhérent sera informé de la révision des cotisations conformément aux dispositions d'ordre public. Elles doivent être notifiées à l'Adhérent au plus tard deux (2) mois avant leur entrée en vigueur.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser la MUTUELLE Souscriptrice et/ou l'UNION au plus deux (2) mois avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, ce refus entraînant la résiliation de l'Adhésion à effet de la date d'entrée en vigueur. A défaut, l'Adhérent est réputé avoir accepté le changement de taux.

3.3 Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte

3.3.1 Fausse déclaration intentionnelle

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle d'un Adhérent susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'UNION alors même que le risque omis ou dénaturé par un Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, le Contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour l'UNION, de la possibilité de se prévaloir de la nullité de l'Adhésion.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'UNION qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la MUTUELLE Souscriptrice en poursuit le recouvrement.

3.3.2 Omission ou déclaration inexacte

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle de la part de l'Adhérent, constatée avant toute réalisation du risque, l'UNION a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. L'Adhérent se verra restituer la portion de Cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Adhérent par rapport au taux des Cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3.4 Conséquences du non-renouvellement ou de la résiliation de l'Adhésion

La résiliation/non renouvellement de l'Adhésion de l'Adhérent emporte la résiliation des affiliations de l'ensemble des Bénéficiaires

La résiliation ne dispense pas l'Adhérent du paiement des Cotisations dues pour la période couverte.

La Cotisation est due pour le mois entier quelle que soit la date de la cessation de l'Adhésion au cours du mois.

■ Article 4

LOI APPLICABLE

En toutes hypothèses, la loi applicable aux relations précontractuelles avec l'Adhérent ainsi qu'à son Adhésion notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

■ Article 5

LANGUE UTILISEE

L'Adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'Adhésion.

DISPOSITIONS DIVERSES

■ Article 6 RECOURS SUBROGATOIRE DE LA MUTUELLE EN CAS D'ACCIDENT

Conformément aux dispositions des articles L 224-9 du Code de la mutualité, l'UNION est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent et/ou des Bénéficiaires victime(s) d'un accident ou d'une maladie contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'UNION a exposée, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la Prestation versée par l'UNION n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Bénéficiaires leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à l'UNION de pouvoir exercer leur droit de subrogation, l'Adhérent **et/ou les Bénéficiaires** s'engagent à déclarer à l'UNION, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'UNION n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

■ Article 7 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L 221-11 du Code de la mutualité et L 114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court que :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la MUTUELLE Souscriptrice et ou l'UNION en ont eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent , et/ou du/des Bénéficiaire(s) contre la MUTUELLE Souscriptrice et/ou l'UNION a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent et/ou contre le/les Bénéficiaire(s), ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires ci-après :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier,
 - la signification d'une citation en justice, même en référé, un commandement ou une saisie,
 - la citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit,
- et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par la MUTUELLE Souscriptrice et ou l'UNION à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.
- par l'Adhérent et/ou le Bénéficiaire, à l'UNION en ce qui concerne le règlement de la prestation.

■ Article 8

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations nominatives concernant Les Bénéficiaires qui sont recueillies par l'UNION et/ou la MUTUELLE Souscriptrice font l'objet d'un traitement automatisé dont la finalité est de :

- gérer le Contrat et les Affiliations de l'Adhérent et des Bénéficiaires,
- d'interroger les Bénéficiaires sur leur niveau de satisfaction des services de l'UNION et/ou de la MUTUELLE Souscriptrice
- de leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Les données sont exclusivement communiquées :

- à la MUTUELLE Souscriptrice,
- à l'UNION,

et le cas échéant, à leurs mandataires, délégataires, réassureurs, partenaires ou aux organismes professionnels concernés.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Adhérent ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la MUTUELLE Souscriptrice et/ou de l'UNION ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires, délégataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'opposition, d'accès et de rectification en adressant une demande par lettre simple à la MUTUELLE Souscriptrice et/ou à l'UNION.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Adhérent, le cas échéant, aux Bénéficiaires, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

■ Article 9

SECRET PROFESSIONNEL

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, l'UNION et la MUTUELLE Souscriptrice sont tenues au secret professionnel dans la mesure où ils gèrent, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, l'UNION et LA MUTUELLE Souscriptrice s'engagent à :

- assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- préserver l'anonymat des informations.

■ ARTICLE 10

AUTORITE DE CONTROLE

L'UNION et la MUTUELLE Souscriptrice sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dénommée ACPR située 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

■ Article 11

RECLAMATIONS

La MUTUELLE Souscriptrice informe l'adhérent de la procédure de réclamation en vigueur pour le Contrat d'Assurance PROXIME SANTE.

Pour toute réclamation ou litiges, l'Adhérent adresse sa demande écrite au Siège Social de la MUTUELLE Souscriptrice.

La MUTUELLE Souscriptrice et/ou l'UNION rendent un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours.

Si un désaccord persiste après la réponse fournie, ou s'il considère l'avis de la MUTUELLE Souscriptrice et/ou de l'UNION comme insatisfaisant, l'Adhérent, qui n'a pas encore saisi les tribunaux, peut saisir le Médiateur externe de l'UNION. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à :

UNMI
A l'attention du médiateur externe
50, avenue de Daumesnil
75012 PARIS

L'avis du médiateur ne préjuge pas des droits de l'Adhérent, de la MUTUELLE Souscriptrice et/ou de l'Union d'intenter une action en justice.

■ Article 12

VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- les Bulletins d'Adhésion dûment complétés, datés et cosignés par la MUTUELLE Souscriptrice et l'Adhérent.
- la présente notice d'information .

En cas de contradiction entre les stipulation des différents documents s'appliquent en premier lieu celles du Bulletin d'Adhésion, puis de la notice.

Le Bulletin d'Adhésion exprime l'intégralité de l'accord entre les Parties et prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre eux se rapportant à l'objet du Contrat PROXIME SANTE.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de la présente Notice d'information serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions de la Notice d'information.

Enfin, il est mentionné que les titres des articles de la présente notice n'ont qu'une valeur classificatoire.

PARTIE II : COTISATIONS

■ Article 13

MONTANT DES COTISATIONS

La Cotisation de l'Adhérent et des Bénéficiaires est annuelle et due pour la durée de son contrat PROXIME SANTE.

Pour toute Adhésion d'une durée inférieure à 12 mois, le montant des Cotisations est calculé prorata temporis de la durée de leur Adhésion sur la période de 12 mois, tout mois commencé étant dû.

Le montant de la cotisation annuelle due par chaque Adhérent, sera calculée selon le barème de Cotisation qui figure en annexe de la présente notice et du Bulletin d'Adhésion. Elle sera fonction de la formule choisie, du nombre et de l'âge des Bénéficiaires.

La valeur de cotisation est fixée forfaitairement en euros.

L'âge des Bénéficiaires est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de la souscription. L'augmentation de cotisation liée au changement d'âge est applicable au 1^{er} janvier de l'année suivant la date d'anniversaire des Bénéficiaires.

Pour les enfants à charge figurant sur le Bulletin d'Adhésion, la cotisation (déduction faite du montant ACS) est gratuite à compter du 3^{ème} enfant et pour les suivants.

Cette gratuité cesse lorsque un ou plusieurs enfants assurés atteignent l'âge de 21 ans (ou de 26 ans en cas de poursuite d'études) et qu'il ne reste plus alors que deux enfants assurés.

Les Cotisations apellées intègrent les taxes et impôts. Les taxes, impôts et contributions grevant les Cotisations sont calculées au jour de l'échéance des Cotisations. Dans le cadre de sa Cotisation elles sont à la charge de l'Adhérent de manière à ce que l'UNION n'ait jamais à les supporter.

Les Cotisations exigibles prendront en compte la déduction figurant sur l'attestation ACS pour constituer « la Cotisation à payer ».

Le cas échéant, si l'Adhérent ou un de ces Bénéficiairesz bénéficie d'autres aides, telles que celles prodiguées par les collectivités territoriales, sous réserve que la MUTUELLE Souscriptrice en ait été informée, elles seront déduites de la Cotisation exigible.

L'ensemble des déductions ne peut excéder le montant de la Cotisation annuelle. L'Adhérent ne peut pas prétendre à un quelconque remboursement de ces aides.

■ Article 14

MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

14.1 Appel de cotisation

L'appel des Cotisations est effectué auprès de l'Adhérent selon l'échéancier qui lui

est adressé lors de la prise en compte de son Adhésion.

Pour toute Adhésion d'une durée inférieure à 12 mois, le montant des Cotisations est calculé prorata temporis de la durée de leur Adhésion sur la période de 12 mois, tout mois commencé étant dû.

En cas de changement de la composition foyer au cours de la période d'Adhésion une régularisation sera effectuée sur le compte de l'Adhérent et un nouvel échéancier adressé.

14.2 Encaissement des cotisations

La Cotisation est payable d'avance selon la périodicité retenue lors de l'Adhésion. Les paiements sont effectués par prélèvement bancaire SEPA sur le compte bancaire de l'Adhérent.

■ ARTICLE 15 :

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une seule des Cotisations définies à l'article « *MONTANT DES COTISATIONS* » dans les dix jours de son échéance, la MUTUELLE Souscriptrice adresse à l'Adhérent, une mise en demeure de payer les Cotisations qui lui sont dues par lettre recommandée avec accusé de réception dans laquelle elle l'informe par ailleurs des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Les Garanties sont suspendues trente jours après l'envoi à l'Adhérent de la mise en demeure restée infructueuse.

A défaut de paiement des Cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, la MUTUELLE Souscriptrice et/ou l'UNION pourra résilier l'Adhésion de l'Adhérent, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard définis à l'article « *MONTANT DES COTISATIONS* ».

L'exclusion de l'Adhérent ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des Cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées les Cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de Cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Des frais d'impayés pourront être appelés à l'Adhérent.

■ Article 16

« CONTRAT RESPONSABLES »

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 17 avril 2012 pris en application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et modifié par l'Arrêté du 8 juillet 2013, l'Adhérent est informé du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'UNION affectés aux Garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, simultanément à l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation.

PARTIE III : GARANTIES ET SERVICES

Les Garanties frais de soins de santé dont bénéficient les Bénéficiaires sont définies au Tableau de Garanties figurant en annexe 1 selon la formule qu'ils ont choisie et telle que mentionnée à son Bulletin d'Adhésion.

■ Article 17

OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Elles ont pour objet d'assurer à l'Adhérent et éventuellement aux Bénéficiaires, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des **soins reçus sur les territoires de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint Martin et Saint-Barthélemy**, sous réserve des dispositions de l'article «*FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER* »

Les prestations ne peuvent intervenir que dès lors que le Bénéficiaire bénéficie d'une prise en charge par le régime obligatoire.

Les frais de santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, **postérieurement à la date d'effet du Contrat et à l'Adhésion du Bénéficiaire, et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.**

■ Article 18

« CONTRAT RESPONSABLES »

Les prestations servies dans le cadre du présent Contrat sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, du code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

■ Article 19

BASES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Sont garantis les versements des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des garanties, du respect par les Bénéficiaires du Parcours de soins coordonnés.

Les garanties sont exprimées soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale incluant le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, soit sous forme de forfait en euro n'incluant pas le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les prestations versées ne peuvent, en aucun cas, excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire en tenant compte des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de prestations sauf indication contraire dans le tableau des garanties figurant en annexe 1 selon la formule choisie par le Membre participant ou ses ayants droit.

Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base du tarif d'autorité, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.

Les forfaits dits « annuels » sont valables par année d'Adhésion. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.

■ Article 20

GARANTIES NON PRISES EN CHARGES ET EXCLUSIONS

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge :

- La participation forfaitaire (article L.322-2-II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge de l'assuré (article L.322-2-III du code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :

- 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- 3) Le transport mentionné au 2) de l'article L.321-1 du code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- La majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors parcours de soins) ;

- La majoration de participation de l'assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;

- La franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18°) de l'article L.162-5 du code la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors parcours de soins.

Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Il est précisé que la loi n° 2014-1554 de financement de la sécurité sociale pour 2015 du 22 décembre 2014, dispense les titulaires d'une attestation de droit ACS en cours de validité, de la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale

Ne sont pas garantis les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale du Bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe 1 selon la formule souscrite par le Membre participant.

Le fait que l'UNION et/ou la MUTUELLE Souscriptrice ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne

saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

■ Article 21

PLAFOND DE GARANTIES

Les forfaits et plafonds de remboursement sont fixés par année d'Adhésion (un an à compter de la date d'Adhésion) sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, 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 remboursements de toute nature auxquels il a droit. (article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

■ Article 22

FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER

Sont garantis les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

- Séjours temporaires à l'étranger - : le remboursement intervient dès lors que le **Bénéficiaire** bénéficie d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au présent Contrat.

Sont pris en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu et le décompte de la Sécurité Sociale française ou du régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil indiquant le remboursement effectué.

Les prestations sont toujours payées sur un compte bancaire domicilié en France et en euros.

- Expatriés : le Contrat ne couvre pas les expatriés.

■ Article 23

DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES

23.1 Pharmacie

- Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale selon les taux en vigueur à l'exception des médicaments à SMR faible.

23.2 Optique

- **Monture et verres** : pour les adultes (plus de 18 ans), le remboursement est limité à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement, dans la limite du plafond prévu à la garantie. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la prescription d'un ophtalmologue ou par les mentions d'un opticien sur la prescription initiale et pour les enfants, le remboursement est limité à un équipement par an dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie.

- **Lentilles** : les lentilles remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge **dans la limite d'un plafond exprimé en euro par Bénéficiaire.**

Les lentilles et frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne donnant pas lieu à remboursement du régime obligatoire, ne sont pas pris en charge.

23.3 Dentaire

Les soins dentaires sont pris en charges, dans la limite d'un plafond (en pourcentage du taux de remboursement) exprimé par acte et par Bénéficiaire.

23.4 Audioprothèses

Les audioprothèses sont remboursées soit sur la base du ticket modérateur soit dans la limite d'un plafond exprimé par prothèse et par Bénéficiaire, le remboursement ne pouvant jamais être inférieur au ticket modérateur.

23.5 Cure thermale

Les frais de de cures thermales en hospitalisation et en externat y compris le ticket modérateur, ne sont pas remboursés.

PARTIE IV : VERSEMENT DES PRESTATIONS

■ Article 24

MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

L'Adhérent ayant souscrit à l'offre PROXIME SANTE bénéficie du Tiers-payant coordonné pour les soins hors Optique et Audioprothèse.

Pour ces soins, sera mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais de façon conjointe pour la part liée au remboursement du régime Obligatoire et pour la part liée au remboursement de sa formule dans l'offre PROXIME SANTE.

Pour les soins Optique et Audioprothèse, le Tiers-Payant sera mis en oeuvre pour la part Complémentaire sur présentation de la carte mutuelle de l'Adhérent, à jour de ses droits.

Le Tiers-Payant s'effectuera dans le cadre du dispositif conventionnel mis à disposition par l'opérateur de Tiers-Payant.

Préalablement à l'exécution de l'acte, une demande de prise en charge sera effectuée auprès de l'opérateur en charge de la gestion du Tiers-Payant mentionné sur la carte Mutuelle.

L'Adhérent pourra bénéficier du Tiers-Payant après délivrance de cette prise en charge par l'opérateur de Tiers-Payant vers le Professionnel de Santé.

■ Article 25

OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date des soins.

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie est postérieure à la date d'effet de l'Adhésion du Bénéficiaire et antérieure à sa date de cessation.

■ Article 26

DECHEANCE ET DELAIS DE DECLARATION

Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à l'UNION dans un délai maximum de 24 mois suivant la date du décompte de sécurité sociale, sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L 221-16 du Code de la mutualité.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit être présentée dans un délai de six mois à compter soit du paiement, soit de la décision de refus de paiement des dites prestations.

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si l'Adhérent est à jour des cotisations dues à l'UNION au titre de son Adhésion.

27.1 Paiement des prestations hors Tiers-Payant

D'une façon générale les soins sont pris en charge dans le cadre du Tiers-Payant. Le remboursement de prestations hors Tiers-payant ne pourrait être qu'exceptionnel en cas de refus ou impossibilité de Tiers-Payant du professionnel de santé.

Sauf usage du tiers payant, les prestations sont payées sur le compte bancaire de l'Adhérent exclusivement par virement.

Sur demande expresse de l'Adhérent, son Conjoint qui est Bénéficiaire, peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

Sauf refus express de sa part, le Bénéficiaire mineur de plus de 16 ans, perçoit également directement les prestations, sans l'intervention de son représentant légal.

27.2 Pièces justificatives

Les Adhérents et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations, de fournir les déclarations et les pièces justificatives (décompte du régime Obligatoire et factures ou pièces définies à l'annexe 3) selon le type de prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des Bénéficiaires de la prestation.

En cas de prestation indûment versées à un Adhérent **ou un professionnel de santé**, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Adhérent postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la MUTUELLE Souscriptrice et/ou l'UNION récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles le Bénéficiaire pourrait avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, il peut être poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit.

ANNEXE 1 - PROXIME SANTE - LES BAREMES DE PRESTATIONS

Les remboursements indiqués dans le tableau sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire intégrant le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire.

Les montants indiqués en euros dans le tableau viennent en complément du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire.

Prestations	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
Ticket Modérateur sur les frais couverts par l'assurance maladie obligatoire sauf : - frais de cures thermales - pharmacie pour les médicaments à SMR faible ⁽¹⁾	100% BR-SS*	100% BR-SS	100% BR-SS
Forfait journalier hospitalier dans les établissements de santé ⁽²⁾	Illimité	Illimité	Illimité
Soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale	125%	225%	300%
Dispositifs d'optique médicale ⁽³⁾ Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾ Monture + 2 verres complexes ⁽⁵⁾ Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe Lentilles ⁽⁶⁾	100% BR-SS	100 €** 200 € 150 € 100 €	150 € 350 € 250 € 100 €
Audioprothèses (par appareil) ⁽⁶⁾	100% BR-SS	100% BR-SS	max(450% ; 100%BR-SS)

BR-SS = Base de remboursement de la Sécurité Sociale

- (1) les médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15% par le RO) ne sont pas pris en charge ;
 (2) le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux n'est pas pris en charge ;
 (3) limité à un équipement (2 verres et un monture) par période de deux ans à compter de la date d'acquisition sauf changement de correction pour les adultes ; un équipement (2 verres et un monture) par an pour les mineurs (moins de 18 ans) et en cas de changement de correction ;
 (4) verre simple = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ;
 (5) verre complexe = verre simple foyer dont la sphère est hors zone -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou verre multifocal ou progressif ;
 (6) le forfait lentille remboursé et le forfait audioprothèse en euros sont par année d'adhésion.

Respect de toutes les dispositions du contrat responsable art L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Lecture :

- * La formule Proxime Santé Essentiel prend en charge le ticket modérateur à la charge de l'assuré.
 ** La formule Proxime Santé Plus prend en charge les équipements optiques à verres simples a minima à hauteur de 100 € par équipement (dont ticket modérateur).

ANNEXE 2 - PROXIME SANTE - LES BAREMES DE COTISATIONS

REGIME GENERAL

Cotisation annuelle par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	250 €	298 €	364 €
16 à 49 ans	350 €	398 €	464 €
50 à 59 ans	500 €	548 €	614 €
60 ans et plus	700 €	748 €	814 €

Montant annuel de l'ACS par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	100 €	100 €	100 €
16 à 49 ans	200 €	200 €	200 €
50 à 59 ans	350 €	350 €	350 €
60 ans et plus	550 €	550 €	550 €

Cotisation annuelle à payer par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	150 €	198 €	264 €
16 à 49 ans	150 €	198 €	264 €
50 à 59 ans	150 €	198 €	264 €
60 ans et plus	150 €	198 €	264 €

REGIME ALSACE MOSELLE

Cotisation annuelle par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	100 €	124 €	172 €
16 à 49 ans	200 €	224 €	272 €
50 à 59 ans	350 €	374 €	422 €
60 ans et plus	550 €	574 €	622 €

Montant annuel de l'ACS par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	100 €	100 €	100 €
16 à 49 ans	200 €	200 €	200 €
50 à 59 ans	350 €	350 €	350 €
60 ans et plus	550 €	550 €	550 €

Cotisation annuelle à payer par bénéficiaire	Proxime Santé Essentiel	Proxime Santé Plus	Proxime Santé Confort
moins de 16 ans	0 €	24 €	72 €
16 à 49 ans	0 €	24 €	72 €
50 à 59 ans	0 €	24 €	72 €
60 ans et plus	0 €	24 €	72 €

ANNEXE 3 - PIECES JUSTIFICATIVES EN CAS DE SINISTRE

FRAIS DE SOINS	PIECES JUSTIFICATIVES
Forfait verres et montures	Facture acquittée + décompte de la Sécurité Sociale
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Appareillages	Facture acquittée
Soins dentaire prothétique	Prescription médicale + facture originale acquittée et détaillée
orthodontie	Prescription médicale + facture originale acquittée et détaillée
Audioprothèse	Prescription médicale + facture originale acquittée et détaillée