

Relative au contrat collectif à adhésion facultative **LOCOSTIA** N° 01 09 01 09 38 et 01 09 09 09 38 souscrit :

- par l'**Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)**, Association Loi 1901, Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P, Siège : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08 ci-après dénommé « Association »,
- auprès de **MPGS** - Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales (désignée ci-après « la Mutuelle » ou « Assureur »), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, siège 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris, immatriculée au RNM n° 434 869 103, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur, et du Code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable.
- La **gestion des adhésions** au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par ECA - Assurances et Owliance.

Le contrat **LOCOSTIA** a été négocié par **ECA - Assurances** qui en assure la diffusion et la commercialisation à titre exclusif, via ses propres réseaux commerciaux et un réseau d'intermédiaires partenaires.

ECA - Assurances (SA de courtage d'assurances au capital de 250 000 euros enregistrée au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le numéro 07 002 344 - Siège social: BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09 - Téléphone : 0969 320 418 (appel non surtaxé)- Courriel: relationsclients@eca-assurances.com R.C.S. Paris B 402 430 276 - APE 6622 Z), dénommé ci-après « ECA - Assurances »

Owliance, SAS de gestion de contrat d'assurances enregistrée au R.C.S CRETEIL sous le n° 341 592 582 - Siège social : Immeuble le central - 3ème étage - 410 clos de la courtine - 93160 NOISY LE GRAND, désignée ci-après « Gestionnaire »

LEXIQUE

- **Adhérent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux *garanties* dudit contrat.
- **Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.
- **Conjoint** : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.
- **Couple** : Est considéré comme couple, l'adhérent et son conjoint.
- **Enfant** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte correspondant à leur âge.
- **Age** : l'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance
- **Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.
- **Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet de l'adhésion).
- **Echéance principale** : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle chaque année votre adhésion au contrat.
- **Délai d'attente** : Le *délai d'attente* est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pendant cette période.
- **Franchise** : Montant déduit des prestations dues à un assuré en contrepartie d'une réduction de la cotisation. Ce montant est apprécié par année d'assurance et est mentionné sur le certificat d'adhésion et dans le tableau des prestations assurées correspondant à l'option souscrite. Les minimums

obligatoirement remboursables, prévus par la législation sur le contrat responsable, concernant certaines dépenses de santé engagées dans le cadre du parcours de soins n'entrent pas dans le cadre de la franchise et vous seront remboursés normalement.

- **Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
- **Régime obligatoire (RO)** : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.
- **Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **Plafond annuel de remboursement** : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.
- **France** : Il s'agit de la France continentale et des départements et territoires d'outre-mer.
- **Nous** : Il s'agit de nous la Mutuelle.
- **Vous** : Il s'agit de vous, l'adhérent au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- **régie par les dispositions** qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code de la mutualité. En accord avec l'Association et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française,
- **constituée des éléments suivants** :
 - **La présente Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
 - **Le certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - **Le tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **LOCOSTIA** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé garanties, suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation, dans les conditions et limites mentionnées dans le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent.

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties «contrat solidaire» : L'accès aux garanties du contrat **LOCOSTIA** est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent (et des membres de sa famille), qui n'auront pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» : Les différentes formules de garantie santé du contrat **LOCOSTIA** respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit «Responsable», fixé es notamment par les articles L.871-1 et L.871-2 du code de la Sécurité Sociale : ainsi que ses textes d'application détaillés dans l'article L.162-5-3, dont notamment :

- le remboursement de deux actes de prévention dans les conditions définies par l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale,
- la non prise en charge des pénalités résultant du non respect du parcours de soins, tels que, la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire, le reste à charge sur les dépassement d'honoraires des actes cliniques et techniques, suivant les dispositions du 18° de l'article L.162-5

du code de la Sécurité Sociale, les franchises, majorations, et participations forfaitaires.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez cumulativement :

- résider en France métropolitaine,
- adhérer à l'Association et à la Mutuelle
- être assujéti à un Régime obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 01 09 09 09 38 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint et ses enfants à charge pour autant qu'ils ne relèvent pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale française en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion : 80 ans.

L'âge limite d'adhésion concerne l'ensemble des personnes à assurer.

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou l'Association dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 - Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délais d'attente : Les garanties du contrat **LOCOSTIA** ne comportent pas de délai d'attente, exception faites des forfaits optique et dentaire qui ne peuvent être versés que pour des dépenses de santé correspondant à des actes ou matériels prescrits au minimum 12 mois

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France selon les modalités prévues pour la formule souscrite. Elle s'étend aux maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque les séjours en hors de France ne dépassent pas 3 mois par an en une ou plusieurs périodes. Dans cette situation, les frais engagés à l'étranger sont pris en charge dans les mêmes conditions de remboursement que s'ils avaient été effectués en France.

Art.8 - Les exclusions et les limitations**8.1 - Les exclusions**

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence de :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'alcoolisme, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus ne sont pas pris en charge :

- les séjours en établissements hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties,
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours, de gériatrie, de retraite, d'hospice,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les CCAA, ainsi que les CAARUD,
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les LHSS,
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil du Gestionnaire indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat LOCOSTIA ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par la Mutuelle.

8.2 - Les limitations

- les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par assuré pour l'ensemble de ces séjours,
- les séjours dans les établissements ou service de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par assuré,
- la prise en charge des consultations effectuées par un psychiatre, un neuropsychiatre, ainsi qu'un pédopsychiatre, à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties est limitée toutes spécialités confondues, à 6 par an et par assuré, dès lors et même si ces soins ont fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.

Art.9 - Vos déclarations**9.1 - A l'adhésion**

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garanties proposées dans le cadre du contrat LOCOSTIA, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à

une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion. Vos déclarations servent de base à l'établissement de votre adhésion et nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements de situation professionnelle ou l'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire d'assurance maladie,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Si les éléments modifiés constituent :

- **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.
- **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion la réduction des indemnités conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à ECA - Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire ECA - Assurances ou le Gestionnaire(ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - Vos cotisations

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés lors de la prise d'effet des garanties et de l'éventuelle majoration pour risque aggravé.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque échéance principale (1er janvier de chaque année) de 2 % par an jusqu'à l'âge de 65

ans, et de 3,5 % à partir de 66 ans. La première variation intervient au minimum après 12 mois d'assurance.

▪ En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale française (sur laquelle sont basées vos garanties dans le cadre du présent contrat) et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à ECA - Assurances.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, ECA - Assurances pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi .

Art.11 - La modification de vos garanties

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

Art.12 - Quelles sont vos garanties ?

12.1 - Votre garantie santé

▪ **Notre participation en tant qu'Assureur**, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient :

▪ **sur les dépenses de santé engagées par l'assuré**, correspondant à des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux engagées à la suite d'une maladie, d'un accident, ou d'une hospitalisation, prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie,

▪ pour autant que ceux ci soient **expressément mentionnés sur le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite**, annexé à la demande ou le certificat d'adhésion,

▪ **dans la limite des montants et participations** qui y sont indiqués,

▪ **et sous déduction du montant de la franchise annuelle** (voir définition de ce terme au lexique). Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux

non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **LOCOSTIA**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le régime obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

- Frais faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire : le montant est celui, tel qu'il figure :
 - dans le fichier télétransmis par le centre de traitement au Gestionnaire (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire)
 - ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,
 - et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.
- Frais ne faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui ci);
- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

- **Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré** (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

- **Certains frais non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré**, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.
- **Cas particulier des forfaits optique et dentaire**
Les forfaits optique et dentaire, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite, s'entendent pour l'indemnisation des dépenses garanties au cours de deux années d'assurances consécutives. En conséquence, le forfait garanti ne pourra être versé qu'une seule fois au cours de deux années consécutives.

12.2 - Les services complémentaires proposés

- **Tiers payant** : une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par le Gestionnaire lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux

assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, le Gestionnaire pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

- **La télétransmission** : les assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins au Gestionnaire. Ce service permet au Gestionnaire d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime obligatoire et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué au Gestionnaire, et constituer, pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

13.1- Les documents que vous devez transmettre

Lorsque le Gestionnaire n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à lui transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation** : L'original des notes d'honoraires des chirurgiens et praticiens présentant les actes effectués.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : L'original des notes d'honoraires des professionnels de santé précisant le cas échéant la nature des produits, appareils et fournitures médicaux.
- **Le dentaire** : L'original de la note d'honoraires précisant la cotation des actes suivant la nomenclature de la Sécurité sociale à laquelle ils se réfèrent. Pour les prothèses, l'orthodontie remboursées par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **L'optique** : L'original de la prescription médicale et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée au Gestionnaire, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir au Gestionnaire dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, ou la date de cessation des garanties sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, le Gestionnaire pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Dans le cas où, l'adhérent ou assuré qui demande à bénéficier des prestations pour des frais de santé exposés, refuse de satisfaire ou se soumettre à l'un

des points énoncés ci-dessus, le Gestionnaire pourra refuser le remboursement.

13.2- Contrôle médical - Contrôle médical

Le Gestionnaire et la Mutuelle se réserve la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Gestionnaire.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.3- Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et le Gestionnaire, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

13.4-Le paiement des prestations

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

▪ par l'adhérent :

- A l'issue de la première année 12 mois complets d'assurance moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L221-10-1 du code de la mutualité, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si ECA - Assurances refuse de réduire la prime en conséquence.
- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

- L'adhésion peut également prendre fin sur l'initiative de l'adhérent, au plus tôt le dernier jour d'un trimestre civil au cours duquel, dans le cas où devenu salarié d'une entreprise, il bénéficierait d'une garantie santé dans un contrat collectif à affiliation obligatoire souscrit par son nouvel employeur (sur présentation d'un justificatif).
- **de plein droit** : En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle.

▪ **contractuellement** : En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège d'ECA - Assurances- BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09.
- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L221-18 du code de la mutualité et L121-20-8 du code de la consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Art.15 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité : **Article L221-11** :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

Article 221-12

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1 :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

Art.16 - Subrogation

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art.17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est ECA - Assurances. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Médecin Conseil pour les informations à caractère médical, et pour les autres données auprès du Service Clients, tous deux situés à l'adresse suivante : ECA - Assurances - BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par ECA - Assurances, destinataire, avec ses mandataires, ses assureurs et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel et du secret médical,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par ECA - Assurances. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à : ECA - Assurances -Service médiation - BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09.

Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège MPGS, 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris.

Art.19 - Autorité de tutelle

Pour les Mutuelles ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est ACP - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Art.20 - Possibilité de renonciation

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L 221-18 du code de la mutualité et L 121-20-8 du code de la consommation), l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de conclusion (mentionnée sur le certificat d'adhésion).

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA - Assurances - BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09

Notice d'information

(Référence : NI-LOCOSTIA-09/09)
Dernière mise à jour le 16/06/2010

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation:

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à ECA - Assurances les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, ECA - Assurances les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

« Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat LOCOSTIA (indiquer le numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. »