

SANTE



Association  
Loi 1901



NOTICE  
D'INFORMATION





# NOTICE D'INFORMATION

"FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" n°196 5P1116

## PREAMBULE

FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ est une convention d'assurance collective à adhésion facultative, souscrite par l'Association Fédération Française des Assurés F.F.A., régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, auprès de Prépar IARD, Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 800 000 €, Immatriculée au RCS sous le n° 343 158 036.

## SOMMAIRE

	pages		pages
<b>I. DÉFINITIONS - LEXIQUE</b>	<b>4</b>	<b>IV. COTISATIONS</b>	<b>9</b>
<b>II. ADHÉSION AU CONTRAT ET SON FONCTIONNEMENT</b>	<b>5</b>	4.1 Comment sont établies les cotisations ?	9
2.1 Quelles sont les modalités d'adhésion ?	5	4.2 Paiement des cotisations	9
2.2 Que comporte votre adhésion au contrat	5	4.3 Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?	9
2.3 Quelles sont les formalités d'adhésion ?	5	4.4 Comment évoluent les cotisations ?	9
2.4 Qui peut adhérer et être assuré au titre de l'adhésion ?	6	<b>V. DISPOSITIONS DIVERS</b>	<b>9</b>
2.5 Quelles modalités à respecter en cas de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ?	6	5.1 Obligations d'information	9
2.6 Quelle est la date d'effet de l'adhésion ?	6	5.2 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	10
2.7 Y-a-t-il un délai d'attente ?	6	5.3 Informatique et Libertés	10
2.8 Quelle est la durée de l'adhésion ?	6	5.4 Réclamations – médiation	10
2.9 Quels sont les cas de résiliation de l'adhésion ?	7	5.5 Prescription	10
2.10 Maintien des garanties	7	5.6 Subrogation	11
<b>III. LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS</b>	<b>7</b>	5.7 Lutte contre le blanchiment	11
3.1 Quel est le contenu des garanties ?	7	5.8 Contrôle de l'assureur	11
3.2 Quelle est l'étendue des garanties ?	8	5.9 Réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte	11
3.3 Quelles sont les formules de garanties ?	8	5.10 Déchéance du droit aux prestations	11
3.4 Quelle modification possible des garanties ?	8	5.11 Loi applicable et tribunaux compétents	11
3.5 Comment obtenir vos remboursements de prestations ?	9	5.12 Régime fiscal	11
3.6 Contrôle médical – Expertise Amiable	9	5.13 Faculté de renonciation	11
3.7 Confidentialité médicale	9	<b>VI. TABLEAUX DE GARANTIES</b>	<b>12</b>
		6.1 Cible senior	12
		6.2 Cible non senior	14

## I DÉFINITIONS - LEXIQUE

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés dans l'ensemble des documents contractuels de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

**Accident** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine directe et exclusive d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime.

**Actes de prévention** : Le contrat « FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ » responsable prend en charge au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

**Adhérent** : La personne physique nommément désignée au certificat d'adhésion, membre de l'Association FFA, et qui adhère au contrat d'assurance de groupe. L'Adhérent à la qualité d'assuré et bénéficie à ce titre des prestations garanties.

L'Adhérent s'engage à acquiescer les cotisations et est responsable des déclarations faites à l'adhésion comme en cours de contrat pour l'ensemble des assurés, bénéficiaires des garanties.

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

**Association** : F.F.A. qui a souscrit à la convention "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" pour le compte de ses membres.

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

**Assureur** : La société Prépar IARD dont le siège social est situé Tour Franklin- 100-101 TERRASSE BOIELDIEU- 92042 Paris La Défense cedex garantit les risques Frais médicaux (branches 2 de l'article R. 321-1 du Code des assurances).

Prépar IARD délègue à la FFA située 2 Quai de la Douane CS 52826 29228 BREST Cedex 2 l'ensemble des actes de gestion au titre de la présente Convention.

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

**Base de remboursement de la Sécurité sociale** : Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base). Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

**Certificat d'adhésion** : L'imprimé personnalisé par le nom de l'Adhérent, des Assurés, des formules retenues et de la cotisation.

**Conjoint** : Le conjoint ou le co-contractant d'un PACS ou le concubin déclaré.

**Contrat d'accès aux soins (CAS)** : Contrat mis en place par l'avenant n°8, à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux du secteur 2 et l'Assurance Maladie, publié au Journal officiel du 7 décembre 2012. Il est ouvert aux médecins du secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du Secteur 1 (médecins secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). Ces médecins s'engagent à limiter leurs dépassements pendant trois ans. En consultant un Médecin signataire du CAS, l'Assuré bénéficie d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

**Contrat solidaire et responsable** :

- Un contrat complémentaire santé est qualifié de solidaire dès lors qu'aucune information médicale n'est requise lors de toute nouvelle souscription ou adhésion à celui-ci et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts.

- Un contrat complémentaire santé est qualifié de responsable dès lors qu'il répond au dispositif régi par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

- Les contrats complémentaires santé « solidaires et responsables » bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux dès lors que les remboursements des dépenses de santé respectent les conditions imposées par les pouvoirs publics, tant en termes d'obligations qu'en termes d'interdictions de prise en charge de certains remboursements.

Ainsi, le contrat responsable prend en charge obligatoirement :

- dans le parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur à la charge de l'assuré sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour certaines prestations (cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15% ou 30% par l'assurance maladie obligatoire) ;

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire en cas de réalisation d'un acte coûteux;

- l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les

établissements de santé;

- Au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006;

Quand le contrat complémentaire santé offre des garanties supérieures au ticket modérateur en matière de dépassement d'honoraires des médecins ou d'équipements d'optique médicale, la prise en charge de ces dépenses de santé est encadrée selon des critères précisément définis par décret (cf. articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

**Les contrats responsables ne prennent pas en charge :**

- les franchises médicales et la participation forfaitaire prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

- la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non-respect du parcours de soins coordonnés.

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

**Date d'effet de l'adhésion** : La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies, sous réserve du paiement de la 1<sup>re</sup> cotisation.

**Délai d'attente** : Période qui commence à courir de la date d'effet de l'adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" ou à compter de la date d'effet d'un avenant de modification de garanties, au cours de laquelle, soit une garantie ne s'applique pas au titre de l'événement proprement dit comme pour ses suites, conséquences, soit s'applique de manière limitée.

**Échéance principale** : L'échéance principale est l'échéance anniversaire de votre contrat. Elle est définie dans votre certificat d'adhésion.

Votre adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à partir de cette date, si elle n'a pas été résiliée selon les conditions définies dans la présente notice d'information

**FFA** : La FFA est l'association souscriptrice de la convention d'assurance collective à adhésion facultative, auprès de Prépar IARD, à laquelle doivent être adressés tous les documents, correspondances, avis, déclarations, notifications relatifs aux garanties frais médicaux de la Convention. FFA encaisse les cotisations et délègue à LUXIOR ASSURANCES, son gestionnaire, le paiement des prestations des garanties frais médicaux

**Forfait journalier hospitalier** : Participation forfaitaire, laissée à la charge de l'Assuré, pour chaque jour d'hospitalisation ou plus généralement pour tout séjour pris en charge par l'assurance maladie dans les établissements publics ou privés.

Le Forfait journalier hospitalier est pris en charge intégralement, sans limitation de durée, par le contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ".

Toutefois, le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par le contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" auquel vous adhérez.

**Frais de séjour** : Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas... En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part. Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le ticket modérateur est remboursé par le contrat responsable "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" auquel vous adhérez.

**Franchises médicales\*** : Franchise de 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire, dans la limite de 50 € par an, **non prise en charge au titre du contrat responsable "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" auquel vous adhérez. La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence (appel du SAMU centre 15).**

**Hors parcours coordonné** : Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré de Médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin, sans avoir auparavant consulté votre Médecin traitant. Vous êtes alors moins bien remboursé.

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

- dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le

traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

■ dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

**Maladie** : Toute altération de la santé, autre qu'un Accident, non provoquée par l'Assuré lui-même et constatée par une autorité médicale compétente.

**Médecin correspondant** : Médecin vers qui votre Médecin traitant vous oriente.

**Médecin traitant** : Médecin déclaré à la caisse d'assurance maladie et qui assure la coordination des soins. Il peut être généraliste ou spécialiste.

**Médecin remplacé** : Médecin consulté en cas d'absence du Médecin traitant ou de son remplaçant.

**Notice valant conditions générales** : Le présent document qui définit notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

**Parcours de soins coordonnés** : Vous êtes dans le parcours de soins coordonnés lorsque vous consultez en premier le Médecin traitant que vous avez déclaré. Si nécessaire, il vous oriente vers un Médecin correspondant. Dans ce cas, vous êtes remboursés normalement.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la prise en charge de la différence n'est pas prise en charge par votre contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" auquel vous adhérez.

Cependant, il existe des exceptions au parcours de soins coordonnés, pour les actes et soins suivants :

- les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein
- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
- les soins lors d'une hospitalisation
- les soins effectués dans le cadre d'une urgence
- les soins palliatifs
- les expertises
- les soins à l'étranger
- les actes anatomo-pathologistes, c'est-à-dire les actes de prélèvements de tissus par chirurgie (biopsie) ou ponction pour leur étude

et pour les spécialités suivantes :

- chirurgien-dentiste ;
- sage-femme
- auxiliaires médicaux
- laboratoires
- biologistes
- pharmaciens
- transports sanitaires
- fournisseurs d'appareillages (opticiens, etc ...)
- gynécologues
- ophtalmologistes
- pédiatres
- psychiatres pour les moins de 25 ans

Dans ces situations, l'assuré ne supporte pas la majoration du ticket modérateur.

Autres exceptions du parcours de soins coordonnés :

- les enfants et les adolescents de moins de 16 ans,
- les femmes enceintes à partir du premier jour du sixième mois de grossesse
- les personnes bénéficiant de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et de l'AME (Aide Médicale de l'Etat).

**Participation forfaitaire d'un euro\*** : Participation déduite de chaque remboursement de consultation (généraliste ou spécialiste), et d'examen radiologique ou biologique, par le régime obligatoire dans la limite de 50 € par an, et non couverte par la convention, sauf pour les actes réalisés au cours d'une hospitalisation.

## II ADHÉSION AU CONTRAT ET SON FONCTIONNEMENT

### 2.1 QUELLES SONT LES MODALITÉS D'ADHÉSION ?

Si vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, votre adhésion à la Convention sera conclue à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si vous adhérez à la Convention à distance par internet, par l'intermédiaire de votre courtier sur le site de la FFA, en signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable de la F.F.A.

(\* ) Exceptions : femmes enceintes de plus de six mois, enfants de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC).

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas prise en charge par votre contrat responsable « FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ » auquel vous adhérez.

**Régime obligatoire (RO)** : Régime général ou local des salariés de la Sécurité sociale, régime agricole de la Mutualité sociale agricole ou régime social des professions indépendantes, auquel est affilié l'Adhérent.

**Secteur conventionné** :

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

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

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

**Tarif d'autorité** : Tarif retenu par le régime obligatoire à défaut de convention entre la Sécurité sociale, les syndicats de praticiens et les établissements de soins.

**Tarif de convention** : Tarif retenu par le régime obligatoire dans l'application de la NGAP (répertoire établi par le régime obligatoire sous forme de "lettre clé") ou de la CCAM (nouvelle norme de classification des actes techniques médicaux remplaçant la NGAP pour certains actes) comme référence pour le calcul du remboursement des soins ou prestations donnés par les prestataires médicaux ou facturés pour les frais de séjour par les établissements hospitaliers ayant adhéré à la convention nationale.

**Ticket modérateur** : Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement du régime obligatoire.

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

**Tiers payant** : Le tiers payant offre la possibilité de ne pas effectuer d'avance de frais de santé chez de nombreux professionnels (pharmaciens, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens...).

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

### 2.2 QUE COMPORTE VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT ?

■ La présente notice d'information, qui définit les garanties proposées, leurs conditions d'application, les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement de l'adhésion.

■ le tableau des garanties qui détaille les différents niveaux de remboursement des garanties proposées, figurant également dans la Notice d'Information ;

■ Le certificat d'adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" », établi à partir de vos déclarations, qui précise notamment la nature et le montant des garanties que vous avez choisies au regard de votre situation, les personnes assurées, les clauses particulières définies entre nous, le montant de votre cotisation d'assurance.

### 2.3 QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Afin de pouvoir bénéficier des garanties choisies pour lui-même

et pour les membres de sa famille, l'Adhérent doit, lors de sa demande d'adhésion au contrat «FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ» :

- compléter avec exactitude un bulletin d'adhésion comportant les renseignements relatifs à l'état civil de chaque bénéficiaire
- fournir la photocopie de l'attestation d'assuré social de chaque bénéficiaire.

**Les travailleurs non-salariés non agricoles souhaitant bénéficier du dispositif "Madelin" de déductibilité fiscale de leurs cotisations d'assurance complémentaire santé (art L154 bis du code général des impôts) doivent justifier être à jour du paiement de leurs cotisations vieillesse et maladie de leur régime social obligatoire, par la production d'une attestation délivrée par la caisse concernée.**

## 2.4 QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ AU TITRE DE L'ADHÉSION ?

Au titre de votre adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ", sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, le terme «bénéficiaire» ou «assuré» recouvre indifféremment :

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

Remarques :

- La notion «à charge» mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale.
- La situation de concubinage notoire ou de cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'assuré. Avec attestation, est assimilée à la qualité de conjoint.
- L'âge retenu est celui du bénéficiaire au moment de la date d'effet de contrat.
- Pour bénéficier de la gamme SENIOR, l'assuré doit être âgé d'au moins 56 ans

## 2.5 QUELLES MODALITÉS À RESPECTER EN CAS DE GARANTIES DE MÊME NATURE AUPRÈS D'AUTRES ASSUREURS ?

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

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

Si l'adhérent et/ou bénéficiaire a contracté plusieurs assurances contre le même risque de manière dolosive ou frauduleuse, il s'expose à l'annulation son adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L121-3 du Code des assurances.

Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs 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'assureur de son choix.

Dans les rapports entre les assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

## 2.6 QUELLE EST LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ?

### Date d'effet des garanties à l'adhésion

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

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au contrat d'adhésion et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés. Seuls les frais de santé engagés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, en

dehors de toute période d'attente et durant la période garantie, seront pris en charge.

### Date d'effet des garanties en cours d'adhésion

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

## 2.7 Y-A-T-IL UN DÉLAI D'ATTENTE ?

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

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

- pour les formules F4, F5 et F6 durant un délai de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge de l'ensemble des frais liés à une hospitalisation qui ne fait pas suite à un accident est limitée aux niveaux des garanties de la formule F3 du contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" ;
- pour les formules F5 et F6, durant un délai de 12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge des frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie, incluant la part prise en charge par la Sécurité sociale, est limitée à un niveau de 225 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;
- un délai de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, est appliqué pour le versement du forfait prévu, selon la formule choisie, en cas de naissance ou d'adoption plénière d'un enfant et sous réserve de l'inscription obligatoire de l'enfant au certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption plénière de celui-ci.

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

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

Dans le cas où l'assurance précédente aurait des garanties plus faibles, l'Adhérent peut conserver celles-ci pendant le délai d'attente. La date des prestations retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus).

## 2.8 QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

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

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

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

- à la date à laquelle les bénéficiaires, tels que définis dans la présente Notice d'Information, ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité,
- à la date qui précède la date d'échéance anniversaire en cas de demande de résiliation par l'Adhérent, au plus tard deux mois avant cette date par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14, conformément à la Loi 2019-733 du 14 juillet,
- au dernier jour du mois de la demande de résiliation pour changement de situation et sous réserve de la réception du justificatif du changement de situation au plus tard le mois suivant cette demande. À défaut du respect de ces conditions, la résiliation sera effective au dernier jour du mois de réception du justificatif,
- à la date à laquelle il n'est plus affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou au régime social des professions indépendantes ;
- dans les conditions définies en cas de cessation du paiement des primes (article L113 -3 du Code des assurances) ;
- 30 jours calendaires après la date de réception de la demande

de résiliation sans frais ni pénalité

- en cas de retrait d'agrément à l'Assureur ;
- à la date du décès de l'Adhérent, l'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat et pour l'ensemble des bénéficiaires sous réserve de l'application du paragraphe 2.10 - MAINTIEN DES GARANTIES de la présente Notice d'Information, ci-après.

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

## 2.9 QUELS SONT LES CAS DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ?

Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion :

- 2 mois au minimum, avant la date anniversaire de son adhésion.
- à compter de la date d'un changement de situation ayant un impact sur les risques garantis par l'adhésion (cessation d'affiliation à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire, bénéfice de la CMU complémentaire, changement de domicile en dehors de la France métropolitaine et des DOM-ROM.....)
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année d'assurance, sans frais ni pénalité.
- en cas de désaccord avec une modification du contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" souscrit par FFA auprès de l'Assureur et auquel il adhère (article L.141-4 du Code des assurances).

La demande de résiliation par l'Adhérent doit être adressée, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14, conformément à la Loi 2019-733 du 14 juillet, à la FFA 2 Quai de la Douane CS 52826 29228 Brest Cedex 2, [ffa@luxior.fr](mailto:ffa@luxior.fr). L'Adhérent doit, entre autres, y indiquer la nature et la date de l'évènement à l'origine de sa demande, fournir si besoin des pièces justificatives restituer à cette occasion sa carte de tiers payant.

## III GARANTIES ET PRESTATIONS

### 3.1 QUEL EST LE CONTENU DES GARANTIES ?

Dans la limite des frais réels exposés et suivant les limites de la formule choisie lors de l'Adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ", les garanties ont pour objet de rembourser partiellement ou totalement les dépenses de santé des assurés bénéficiaires en cas de maladie, accident ou maternité.

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

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

Si les remboursements du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, l'Assureur se réserve le droit de :

- Maintenir votre niveau de garantie global (cumul des remboursements de votre régime et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation.
- Maintenir votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de garantie.

Les contrats sont responsables : les garanties et les niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires sur les contrats responsables.

Dans tous les cas, le cumul des divers remboursements (régime obligatoire, organisme complémentaire, "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ") obtenu par un Assuré ne peut excéder le montant des dépenses réelles.

Certains postes font l'objet d'un plafond annuel de remboursement précisé sur le tableau des garanties.

Les plafonds et limites non atteints et les forfaits non utilisés en totalité ne donnent pas lieu à report sur les années suivantes.

Hospitalisation (inclus les soins ambulatoires)

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

- les frais de séjour et le forfait journalier hospitalier ;
- les honoraires médicaux et chirurgicaux s'ils ont donné lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins.
- le forfait de 24€ pour les actes coûteux (article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale) ;

Dans tous les cas de figures, la date d'effet de résiliation ne peut être antérieure à sa demande.

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

- À défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à l'expiration d'un délai de dix jours qui suit son échéance, l'Adhérent reçoit une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû dans les conditions fixées par l'article L.113-3 du Code des assurances. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties de l'adhésion sont suspendues. À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à dans ce cas à la charge de l'Adhérent.

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

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

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

### 2.10 MAINTIEN DES GARANTIES

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

- Les frais de transport en ambulance ;

Suivant la formule retenue, le remboursement des frais de chambre particulière et d'accompagnement est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par jour. **Quand ils sont pris en charge, les frais de chambre particulière sont limités à 60 jours/an pour les soins de suite et de réadaptation et par bénéficiaire. Ils sont exclus pour les établissements ou unités psychiatriques, les soins de cure ou postcure.**

Médecine courante

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

- les frais de consultations des médecins généralistes et spécialistes.
- les visites et actes des auxiliaires médicaux (infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)
- les frais qui se rapportent aux examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie
- les frais qui se rapportent à l'achat de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...
- les actes techniques médicaux des médecins généralistes et spécialistes, les examens médicaux dans les cabinets de radiologie.

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

Médecine complémentaire

Suivant la formule retenue, le remboursement des actes effectués par des ostéopathes, acupuncteurs, pédicures-podologues, diététiciens, homéopathes, sophrologues, sexologues, étioopathes, chiropracteurs, diététiciens/nutritionnistes, naturopathes, Hypnoses est forfaitaire et exprimé en euro par bénéficiaire et par année d'assurance. Le remboursement est limité à 25 euros par visite dans la limite du nombre de séances défini au tableau de garanties et par année d'assurance.

Pharmacie

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

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

## Dentaire

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

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste, les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux ;
- les frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie. Suivant la formule retenue, un bonus en deuxième et troisième année d'assurance permet d'augmenter le remboursement de ces frais.

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

Suivant la formule retenue :

- un forfait supplémentaire, exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance, est ajouté pour les prothèses dentaires, l'implantologie et la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale. Ce remboursement forfaitaire maximal est non reportable sur l'année suivante ;
- le montant total garanti sur les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'implantologie, de parodontologie, remboursés ou non par la Sécurité sociale, est plafonné, par année d'assurance et par bénéficiaire

## Optique

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

- les lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale
- les opérations de correction de la myopie
- les opérations de chirurgie réfractive
- les lunettes (verres plus monture) acceptées par la Sécurité sociale au ticket modérateur. Votre adhésion prend en charge un équipement optique (verres plus monture) :
  - tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique
  - annuellement si une évolution de la vue, définie réglementairement, le justifie ou si l'assuré a moins de 16 ans.

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

Ce remboursement est variable en fonction des verres et du type de correction, selon la législation régissant les contrats responsables.

## Prestations diverses

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

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant dès lors que l'enfant est inscrit sur le certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant l'événement et sous réserve d'un délai d'attente de 10 mois : un forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption plénière de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer.
- Prothèses orthopédiques : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale,
- Prothèses auditives : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale. un forfait est versé tous les quatre ans par oreille et par bénéficiaire.
- Frais obsèques : un forfait est alloué en cas de décès du bénéficiaire avant 66 ans selon la formule retenue (garanties non sénior uniquement).

## 3.2 QUELLE EST L'ÉTENDUE DES GARANTIES ?

### Étendue territoriale des garanties

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

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

### Exclusions de garanties

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

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité, sauf actes prévus au titre des garanties de la formule choisie ;
- les frais de santé engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;
- les frais de santé engagés pendant les périodes d'attente (limitations de garantie à l'adhésion) ;
- les traitements ayant un but esthétique, sauf ceux consécutifs à un accident couvert par votre adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" et pris en charge par la Sécurité sociale ;
- les frais d'hébergement facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

### ■ les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans les unités/centres de long séjour (article L174-6 du Code de la Sécurité sociale) ;
  - dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L312-1 I 6 du Code de l'action sociale et des familles) ;
  - dans des établissements pour cures autres que cures thermales prescrites médicalement et effectuées dans un établissement conventionné par l'assurance maladie obligatoire.
- Les frais de chambre particulière lors d'une hospitalisation suite à des accidents et maladies occasionnés par :
- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre,
  - les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le bénéficiaire y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,
  - les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,

## 3.3 QUELLES SONT LES FORMULES DE GARANTIES ?

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

La formule de garanties retenue par l'Adhérent s'applique également à son conjoint et ses enfants appelés à bénéficier de l'adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ".

## 3.4 QUELLE MODIFICATION POSSIBLE DES GARANTIES ?

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

- après un délai minimum d'un an suivant la date d'effet de l'adhésion, le changement de formule prendra effet, à la date figurant sur l'avenant de modifications de garanties, soit au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit cette demande ;
- l'intervalle entre deux changements de garanties doit être d'une année minimum.
- des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie.
- La modification, concernant le module dentaire, conduira à l'application des garanties de l'année 1 de la formule choisie, même si l'assuré bénéficiait auparavant de montants de prestations prévus en année 2 ou 3 et suivantes au titre des garanties de sa formule initialement choisie. Le passage au niveau de prestations des années suivantes sera déterminé à partir de la date d'effet de l'avenant de modification de garantie.
- la modification concernera l'ensemble des assurés bénéficiaires désignés au certificat d'adhésion.
- la modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.

## 3.5 COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS ?

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

### Télétransmission Noémie

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

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

### Cas spécifiques

L'Assuré bénéficiaire doit fournir la facture acquittée et le décompte de la caisse d'assurance maladie obligatoire pour obtenir le remboursement des frais exposés, ci-dessous :

- Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : joindre la facture de l'opticien et la prescription médicale.

- Prothèses dentaires et implants non pris en charge par la Sécurité sociale : joindre la facture originale détaillée du dentiste.
- Allocation Naissance / Adoption plénière par enfant (garanties non sénior) : Le forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer. L'enfant doit obligatoirement être inscrit sur le certificat d'adhésion dans un délai de 2 mois suivant la naissance pour que le forfait soit versé.
- Allocation obsèques (garanties non sénior) : Le forfait est réglé sous réserve de la fourniture de l'acte de décès du bénéficiaire décédé accompagné de la facture relative aux frais engagés.

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

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

#### Tiers payant

Le service de tiers payant dispense les bénéficiaires de l'adhésion de régler tout ou partie de leurs frais de santé directement à un professionnel de santé qui l'utilise. Le professionnel de santé est dans ce cas payé directement par l'assurance maladie obligatoire et/ou l'assurance maladie complémentaire santé pour les soins ou produits que celui-ci a délivré à un bénéficiaire de l'adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ". Afin de pouvoir utiliser ce service, une attestation de tiers payant (SP Santé), est délivrée à l'Adhérent et est renouvelée périodiquement sous réserve du paiement des cotisations dues au titre de l'adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ".

### 3.6 CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE AMIABLE

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

## IV COTISATIONS

### 4.1 COMMENT SONT ÉTABLIES LES COTISATIONS ?

À la date d'effet de l'adhésion et à la date d'effet d'une modification en cours de contrat, la cotisation annuelle est déterminée en fonction de l'âge des Assurés bénéficiaires des garanties, de la formule choisie par l'Adhérent et du nombre de personnes assurées, du lieu du domicile (soit la résidence principale de l'adhérent) au titre de l'adhésion.

Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat est automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date d'effet de son entrée en vigueur.

### 4.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

### 4.3 QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?

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

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

## V DISPOSITIONS DIVERSES

### 5.1 OBLIGATIONS D'INFORMATION

#### Déclarations de l'Adhérent

L'Adhérent doit informer la F.F.A. pour toutes les personnes mentionnées sur le certificat d'adhésion, toute modification importante du risque :

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

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

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

### 3.7 CONFIDENTIALITE MEDICALE

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

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

**La signature de votre adhésion au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :**

- au service médical de PREPAR IARD ou de son Représentant délégataire de gestion, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.
- aux services administratifs de la F.F.A., dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre régime obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront

**Si la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont suspendues.**

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

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

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

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

### 4.4 COMMENT ÉVOLUENT LES COTISATIONS ?

La cotisation évolue contractuellement au minimum de 3% à l'échéance anniversaire de l'adhésion.

Toutefois la cotisation « enfant » est forfaitaire jusqu'à l'âge de 25 ans inclus

À ce taux s'ajoute l'augmentation due :

- à l'évolution de la « consommation médicale des ménages » publiée dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé
- aux résultats techniques du contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ".

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

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

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

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, les modifications du contrat n° 196 5P1116 "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ", susceptibles d'impacter les adhésions en cours en portant sur les droits et obligations des Adhérents au contrat, seront notifiées aux Adhérents par la Fédération Française des Assurés, dans un délai de trois mois au minimum avant la date

prévue de l'entrée en vigueur des modifications.

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

## 5.2 DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHEGE TELEPHONIQUE :

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

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

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

## 5.3 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire FFA sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées. La collecte et le traitement de vos Données personnelles par l'Assureur, en qualité de responsable du traitement, sont régis par :

Le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, dit RGPD, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite Loi Informatiques et Libertés.

Toute réglementation applicable au traitement de vos Données personnelles (délibérations de la CNIL, recommandations des autorités de contrôle, en cas de transfert de données personnelles ayant vocation à être traitées dans un pays tiers à l'Union européenne).

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, à l'entité PREPAR-IARD, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire FFA peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du Code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- De connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement ;

- D'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme ;

- Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

Toutes les informations collectées sont enregistrées par l'Assureur et son délégataire FFA, responsables conjoints du traitement.

Elles sont indispensables pour traiter votre demande et leur traitement ont pour base légale l'exécution du contrat, les obligations légales du responsable de traitement ou l'intérêt légitime de celui-ci.

« Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la résiliation de votre ancien contrat auprès de votre ancien assureur, si par exemple vous mandatez l'Assureur pour faire usage de votre droit à résiliation infra annuelle (ii) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance de l'Assureur,

(iii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iv) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-

traitants de l'Assureur ou le cas échéant à l'assureur de votre ancien contrat, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. »

Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées par l'Assureur et son délégataire FFA, de manière sécurisée et conformément à la réglementation, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée.

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) ou : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.

## 5.4 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

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

Si au terme de cette démarche, l'Assuré n'est pas satisfait des réponses données, il peut adresser une réclamation par courriel à [service.prevoyance@prepar-vie.com](mailto:service.prevoyance@prepar-vie.com) ou par simple lettre à l'adresse suivante : **PREPAR IARD - Tour Franklin - 100-101 TERRASSE BOIELDIEU- 92042 Paris La Défense cedex.**

Tous les destinataires de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> réclamation s'engagent à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont le souscripteur sera alors informé). Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, l'Assuré a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, dont les coordonnées postales sont : **La Médiation de l'Assurance TSA 50110 -75441 Paris cedex 09 - et les coordonnées web : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)**

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

## 5.5 PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat d'assurance complémentaire santé ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- **Article L.114-1 du Code des assurances** : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ; 2- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- **Article L.114-2 du Code des assurances** : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- **Article L.114-3 du Code des assurances** : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance

ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

#### Information complémentaire :

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

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel «[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)»

- Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
- Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- Article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
- Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

#### 5.6 SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Assureur dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Assureur se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire. Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985. 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'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

#### 5.7 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

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

#### 5.8 CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

#### 5.9 RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation

de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit de résilier les garanties dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'adhésion ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité au titre des garanties est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport aux cotisations des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

#### 5.10 DÉCHÉANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS

**Si, en cours d'adhésion, un Assuré a intentionnellement produit des documents falsifiés ou fait des déclarations fausses, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans préjudice de toute action en récupération des prestations indûment versées.**

#### 5.11 LOI APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

La présente Convention est régie par le Code des assurances. Le droit applicable à la Convention est le droit français en tant que droit de l'État de la résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion.

Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable à la Convention serait ouvert, l'Adhérent convient que la loi applicable à la Convention est la loi française.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité, et l'exécution de la Convention relèvent de la compétence des tribunaux français.

#### 5.12 RÉGIME FISCAL

La Convention est soumise à la législation fiscale française. Toutes taxes ou impôts relatifs aux cotisations ou aux sommes versées par l'Assureur au titre de chaque adhésion, sont respectivement à la charge du payeur de cotisations ou des bénéficiaires de ces sommes, sauf dispositions légales contraires.

#### 5.13 FACULTÉ DE RENONCIATION

Sous réserve qu'il n'ait pas connaissance d'un événement mettant en jeu les garanties décrites dans le ce contrat auquel il a adhéré, l'Adhérent au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance.

Conformément aux dispositions de :

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

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

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

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

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

Modèle de lettre type de renonciation

«Je soussigné(e) M .....demeurant ..... renonce à mon adhésion n°.....au contrat "FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ" souscrit auprès de l'Assureur PREPAR IARD, conformément aux dispositions de l'article L.112-9 ou de l'article L.112-2-1 du Code des assurances et demande le remboursement de ma cotisation des sommes versées, déduction faite de la part du versement correspondant à la période durant laquelle le risque a couru.»

J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucune prestation de santé mettant en jeu une garantie de l'adhésion depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.

Date.....Signature :

# VI TABLEAUX DE GARANTIES



## 6.1 CIBLE SENIOR

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

Aucun questionnaire médical		FORMULES :					
		F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	
<b>HOSPITALISATION *</b>	<b>Frais de séjour</b>	■ en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		■ en établissement non-conventionné	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Honoraires, chirurgie, anesthésie</b>	■ médecin ayant adhéré au DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	200%	250%
		■ médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	180%	200%
	Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière <sup>(2)</sup> (y compris ambulatoire) en secteur conventionné ou non		30 € / Jour	40 € / Jour	50 € / Jour	60 € / Jour	80 € / Jour
	Maisons de repos/convallescence - Rééducation fonctionnelle - Soins de suite et de réadaptation - Limité à 60 jours		-	35 € / Jour	45 € / Jour	55 € / Jour	65 € / Jour
Lit accompagnant : Ascendant, Descendant, Conjoint - 15 jours max/an		20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	30 € / Jour	
Transport - Ambulance acceptés par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires médicaux</b>	■ Consultations et visites généralistes et spécialistes - Actes techniques, Radio et petite chirurgie DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	200%	250%
		■ Consultations et visites généralistes et spécialistes - Actes techniques, Radio et petite chirurgie NON DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	180%	200%
	Analyses et examens de laboratoire		100%	125%	150%	200%	250%
	<b>Honoraires paramédicaux</b> : Auxiliaires médicaux (Orthophoniste, Infirmier, Sage-femme, Kinésithérapeute, Orthoptiste)		100%	125%	150%	200%	250%
	Médicaments, Vaccins, Homéopathie remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Matériel médical</b> : Appareillages ou toutes prothèses (hors auditif et dentaire) remboursés par le RO		100%	125%	150%	200%	250%
<b>OPTIQUE<sup>(3)</sup></b>	<b>Équipement 100% santé** : sans reste à charge (Verres et monture de classe A)</b>		<b>Remboursement intégral</b>				
	<b>Équipement à tarifs Libres (monture limitée à 100 €) <sup>(3)</sup> :</b>						
	■ Équipement 2 verres simples a)		100%	100 €	175 €	250 €	325 €
	■ Équipement mixte : 1 verre simple, 1 verre complexe ou très complexe b)		100%	150 €	225 €	300 €	375 €
	■ Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes c)		100%	200 €	275 €	350 €	425 €
Lentilles remboursées ou non par le RO		30 €	100 €	150 €	200 €	250 €	
Intervention sur l'œil (toute chirurgie et implants non pris en charge par le RO)		-	100 €	150 €	200 €	250 €	
Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santéclair depuis votre espace adhérent <a href="http://www.ffa.eu">www.ffa.eu</a> et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à 40% chez 3 050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...							
<b>DENTAIRE</b>	<b>Soins et prothèses 100% santé** : sans reste à charge</b>		<b>Remboursement intégral</b>				
	Soins et consultations - Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO		100%	125%	150%	150%	175%
	Actes prothétiques, Inlay Core, Onlay Core remboursés par le RO		100%	125%	150%	225%	300%***
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> → à compter de la 2 <sup>ème</sup> année d'adhésion : + 25%		125%	150%	175%	250%	325%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> → à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion : + 50%		150%	175%	200%	275%	350%
	Orthodontie remboursée		100%	125%	150%	225%	300%
	Dentaire non-remboursé par le RO						
	■ Prothèses, implantologie, parodontie	50 €	100 €	150 €	200 €	300 €	
Plafond de remboursement :							
	1 <sup>ère</sup> année et 2 <sup>ème</sup> année	sans plafond	sans plafond	sans plafond	1 200 €	1 500 €	
	années suivantes				1 500 €	2 000 €	

**FORMULES :**

	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Équipement 100% santé** - Sans reste à charge - Classe 1</b>					
	<b>Remboursement intégral</b>					
	Équipement à tarifs libres - Classe 2 (Forfait par oreille et par bénéficiaire tous les 4 ans)	300 €	500 €	600 €	700 €	850 €
Entretien, Piles, Accessoires par an	100%	125%	150%	200%	250%	
<p><i>Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent <a href="http://ffa.eu">ffa.eu</a> et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35% sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires; facilité de paiement...</i></p>						
<b>CONFORT &amp; PRÉVENTION</b>	<b>Médecine douce (par an)</b> Ostéopathe - Chiropracteur - Pédicure - Podologue Diététicien/ Nutritionniste - Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue Sexologue - Ethiopathe - Naturopathe - Hypnose					
	-	50 € (25 € / visites)	75 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	125 € (25 € / visites)	
	Actes prescrits non remboursés par le RO (par an) Vaccins - Traitement antipaludéen pour les voyages - substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS - Homéopathie- Ostéodensitométrie	100 € / an	100 € / an	125 € / an	125 € / an	150 € / an
<b>SERVICES UNIQUES</b>	Assurance annulation de voyage & perte de bagages	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Rapatriement médical à partir de 25 km	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Voyage, frais de séjour d'un membre de la famille (en cas d'hospitalisation)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Services SANTÉCLAIR 	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

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

(1) Le médecin s'engage à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

(2) Chambre seule exclue pour les établissements et unités psychiatriques, de soins de cure ou post cure.

(3) Remboursement d'un équipement optique (verre et monture) par période de deux ans à compter du dernier achat dont un plafond de remboursement de 100 € pour la monture ne relevant pas du 100% santé, (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction pour les adultes: un équipement par an).

Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limites (30 € pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €) ou inversement.

a) Correction simple (définition contrat responsable) :

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

c) Correction très complexe (définition contrat responsable)

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

b) Correction complexe (définition contrat responsable) :

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

**Limitations:**

\*l'hospitalisation est plafonnée à la formule F3 les 3 premiers mois

\*\*Tel que défini réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives.

\*\*\*Délai d'attente en formule F5 : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225% pendant les 12 premiers mois sauf abrogation

## 6.2 CIBLE NON SENIOR

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

		FORMULES :						
Aucun questionnaire médical		F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	
<b>HOSPITALISATION *</b>	<b>Frais de séjour</b>	■ en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		■ en établissement non-conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Honoraires, chirurgie, anesthésie</b>	■ médecin ayant adhéré au DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	200%	250%	300%
		■ médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	180%	200%	200%
	Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière <sup>(2)</sup> (y compris ambulatoire) en secteur conventionné ou non		30 € / Jour	40 € / Jour	50 € / Jour	60 € / Jour	80 € / Jour	100 € / Jour
	Maisons de repos/convalescence - Rééducation fonctionnelle - Soins de suite et de réadaptation - Limité à 60 jours		-	35 € / Jour	45 € / Jour	55 € / Jour	65 € / Jour	75 € / Jour
Lit accompagnant : Ascendant, Descendant, Conjoint - 15 jours max/an		20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	20 € / Jour	30 € / Jour	40 € / Jour	
Transport - Ambulance acceptés par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires médicaux</b>	■ Consultations et visites généralistes et spécialistes - Actes techniques, Radio et petite chirurgie DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	200%	250%	300%
		■ Consultations et visites généralistes et spécialistes - Actes techniques, Radio et petite chirurgie NON DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	180%	200%	200%
	Analyses et examens de laboratoire		100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>Honoraires paramédicaux</b> : Auxiliaires médicaux (Orthophoniste, Infirmier, Sage-femme, Kinésithérapeute, Orthoptiste)		100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Médicaments, Vaccins, Homéopathie remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Matériel médical</b> : Appareillages ou toutes prothèses (hors auditif et dentaire) remboursés par le RO		100%	125%	150%	200%	250%	300%
<b>OPTIQUE<sup>(3)</sup></b>	<b>Équipement 100% santé** : sans reste à charge (Verres et monture de classe A)</b>		<b>Remboursement intégral</b>					
	<b>Équipement à tarifs Libres (monture limitée à 100 €) <sup>(3)</sup> :</b>							
	■ Équipement 2 verres simples a)		100%	100 €	175 €	250 €	325 €	400 €
	■ Équipement mixte : 1 verre simple, 1 verre complexe ou très complexe b)		100%	150 €	225 €	300 €	375 €	450 €
	■ Équipement 2 verres complexes ou hypercomplexes c)		100%	200 €	275 €	350 €	425 €	500 €
	Lentilles remboursées ou non par le RO		30 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Intervention sur l'œil (toute chirurgie et implants non pris en charge par le RO)		-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santéclair depuis votre espace adhérent <a href="http://www.ffa.eu">www.ffa.eu</a> et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à 40% chez 3 050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...								
<b>DENTAIRE</b>	<b>Soins et prothèses 100% santé** : sans reste à charge</b>		<b>Remboursement intégral</b>					
	Soins et consultations - Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO		100%	125%	150%	150%	175%	200%
	Actes prothétiques, Inlay Core, Onlay Core remboursés par le RO		100%	125%	150%	225%	300%***	350%***
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> → à compter de la 2 <sup>ème</sup> année d'adhésion : + 25%		125%	150%	175%	250%	325%	375%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> → à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion : + 50%		150%	175%	200%	275%	350%	400%
	Orthodontie remboursée		100%	125%	150%	225%	300%	350%
	Dentaire non-remboursé par le RO							
	■ Prothèses, implantologie, parodontie		50 €	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €
Plafond de remboursement :								
	1 <sup>ère</sup> année et 2 <sup>ème</sup> année				1 200 €	1 500 €	1 800 €	
	années suivantes	sans plafond	sans plafond	sans plafond	1 500 €	2 000 €	2 500 €	

**FORMULES :**

	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Équipement 100% santé** : Sans reste à charge - Classe 1</b>						
	<b>Remboursement intégral</b>						
	Équipement à tarifs libres - Classe 2 (Forfait par oreille et par bénéficiaire tous les 4 ans)	300 €	500 €	600 €	700 €	850 €	1 000 €
	Entretien, Piles, Accessoires par an	100%	125%	150%	200%	250%	250%
Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent <a href="http://www.ffa.eu">www.ffa.eu</a> et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35% sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires; facilité de paiement...							
<b>CONFORT &amp; PRÉVENTION</b>	<b>Médecine douce (par an)</b> Ostéopathe - Chiropracteur - Pédicure - Podologue Diététicien/ Nutritionniste - Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue Sexologue - Ethiopathe - Naturopathe - Hypnose	-	50 € (25 € / visites)	75 € (25 € / visites)	100 € (25 € / visites)	125 € (25 € / visites)	150 € (25 € / visites)
	Actes prescrits non remboursés par le RO (par an) Vaccins - Traitement antipaludéen pour les voyages - substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS - Homéopathie- Ostéodensitométrie	100 € / an	100 € / an	125 € / an	125 € / an	150 € / an	150 € / an
<b>AUTRE</b>	Forfait naissance / adoption par enfant par foyer <sup>(4)</sup>	-	145 €	175 €	195 €	205 €	215 €
	Allocation obsèque (jusqu'à 65 ans)	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
<b>SERVICES UNIQUES</b>	Assurance annulation de voyage & perte de bagages	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Rapatriement médical à partir de 25 km	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Voyage, frais de séjour d'un membre de la famille (en cas d'hospitalisation)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Garde d'enfants, aide ménagère si hospitalisation (garantie limitée à 65 ans)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
	Services SANTÉCLAIR 	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

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

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

Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30 € pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €) ou inversement.

a) Correction simple (définition contrat responsable) :

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

c) Correction très complexe (définition contrat responsable)

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

b) Correction complexe (définition contrat responsable) :

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

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

**Limitations:**

\*l'hospitalisation est plafonnée à la formule F3 les 3 premiers mois

\*\*Tel que défini réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives.

\*\*\*Délai d'attente en formules F5 et F6 : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225% pendant les 12 premiers mois sauf abrogation

FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ est un contrat de la F.F.A. (Fédération Française des Assurés) souscrit auprès de Prépar IARD, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS sous le code n° 343 158 036.  
Les services d'assistance ont été souscrit auprès d'Europ Assistance.



Association  
Loi 1901

Fédération Française des Assurés

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

Siège social : 112 Bd. Malesherbes - 75017 Paris

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

ASSOCIATION  
D'ASSURÉS  
DEPUIS... 1976