

Conseil :

Gestion de la relation client

GFP - Cetim / As Solutions
19 rue Hélène Boucher CS 58456 28008 Chartres Cedex

Contact : 09 72 72 78 78

Gestion des prestations

GFP - Cetim / As Solutions
19 rue Hélène Boucher CS 58456 28008 Chartres Cedex

Contact : 09 72 72 78 78

Distribution

AS Solutions
15 Rue Bernoulli 75008 Paris

Contact : contact@as-solutions.fr

Compte client

Adhérent :

Date de naissance : né(e) le

Contact :

Identifiant Client :

Moyen de communication utilisé :

Nouvelle adhésion

FULLSANTÉ

VOS OPTIONS

Formule

Oui

Assistance

Oui

Protection juridique

Oui

**VOTRE S
ELÉMENTS D'INFORMATIO
DU C**



Pouvez-vous bénéficier du régime Madelin ?

Non

LES BÉNÉFICIAIRES

Civilité|Nom|Prénom Naissance

Régime
Lien Familla
N° Sécurité Sociale

Réf. RC

LES BÉNÉFICIAIRES - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Civilité|Nom|Prénom

Mise en place de la télétransmission

ADRESSE

Adresse

Code postal/Ville

PROTECTION JURIDIQUE

ASSISTANCE

RECAPITULATIF DE L'ADHESION

Numéro adhésion
Organisme assureur AESIO mutuelle
Numéro de groupement assureur
Date d'effet originale
Date d'échéance
Durée de l'adhésion
Préavis de résiliation
Mode de signature

TARIFS

Périodicité Mensuelle d'avance
Cotisation mensuelle _____ € TTC
Cotisation annuelle _____ € TTC

Frais de dossier _____ € TTC
Mode de paiement du comptant
Mode de paiement des cotisations suivantes
Date de prélèvement

AESIO mutuelle TC : _____ €
AESIO mutuelle HT : _____ €
AESIO mutuelle Taxe Assurance : _____ €
CFDP TC : _____ €
CFDP HT : _____ €
CFDP Taxe Assurance : _____ €
Mutuaide Assistance TC : _____ €
Mutuaide Assistance HT : _____ €
Mutuaide Assistance Taxe Assurance : _____ €
Frais de quittancement : _____ €
Frais associatifs : _____ €

RECAPITULATIF ECHEANCE(S)

Période	Date	Cotisation TTC	Période	Date	Cotisation TTC
---------	------	----------------	---------	------	----------------

RÉCAPITULATIF REMBOURSEMENT

BIC
IBAN

MENTIONS LEGALES DES INTERVENANTS CONTRACTUELS

Rôle	Mentions Légales
Assisteur	Mutuaide Assistance - Entreprise régie par le code des assurances. Société anonyme au capital de 12.558.240 €. Siège social : 126 rue de la Piazza - 93160 NOISY-LE-GRAND RCS B 480 118 587 Bobigny
Association souscriptrice	Association 4 AS - 15 Rue Bernoulli - 75008 Paris- Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 - Association déclarée
Assureur	AÉSIO mutuelle - mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le N° 311 799 878 - Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
Distributeur	AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 www.orias.fr Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.
Protection juridique	CFDP - 54 cours du Médoc - 33300 Bordeaux - SIREN 958506156 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Gestion administrative	AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 www.orias.fr Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.

VOS CONTACTS

Garantie	Nom	Adresse	Contact
Protection Juridique	Gestion AS Solutions	CFDP - Gestion AS Solutions 54 cours du Médoc 33300 Bordeaux	05 55 32 70 27 pjassolutions@cfdp.fr
Assistance	Assisteur	GESTION AS SOLUTIONS - Assisteur 126 rue de la Piazza CS 20010 93196 Noisy Le Grand Cedex	01 40 07 06 73
Full Santé	Centre de réclamations	GFP- Cetim / As Solutions 19 rue Hélène Boucher CS 58456 28008 CHARTRES Cedex	09 72 72 78 78

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant non salarié me le permet :
Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites « déductions Madelin » :

- J'adhère à l'association 4 AS (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'Aésio M utuelle dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'articles 154 bis du Code Général des Impôts (déductions Madelin)
- Je déclare sur l'honneur avoir été informé de mon obligation d'être à jour de mes cotisations régime obligatoire d'Assurance Maladie pour en bénéficier.
- Je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée par défaut au 31/12 de l'année (à préciser si différente).
- Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle.
- Je reconnaissais avoir été informé(e) que la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social.

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
 - Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
 - Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
 - Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Mentions légales

AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 www.orias.fr Entreprise régie par le Code des 6 / 8 assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - Devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES

Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
 - Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
 - Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Mentions légales

AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 www.orias.fr Entreprise régie par le Code des 6 / 8 assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - Devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
 - Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - Devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES

Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - Devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES

Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - Devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES

Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant non salarié me le permet :
Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites « déductions Madelin » :

- J'adhère à l'association 4 AS (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'Aésio Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'articles 154 bis du Code Général des Impôts (déductions Madelin)
- Je déclare sur l'honneur avoir été informé de mon obligation d'être à jour de mes cotisations régime obligatoire d'Assurance Maladie pour en bénéficier.
- Je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée par défaut au 31/12 de l'année (à préciser si différente).
- Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle.
- Je reconnaiss avoir été informé(e) que la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social.

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant non salarié me le permet :
Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites « déductions Madelin » :

- J'adhère à l'association 4 AS (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'Aésio Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'articles 154 bis du Code Général des Impôts (déductions Madelin)
- Je déclare sur l'honneur avoir été informé de mon obligation d'être à jour de mes cotisations régime obligatoire d'Assurance Maladie pour en bénéficier.
- Je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée par défaut au 31/12 de l'année (à préciser si différente).
- Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle.
- Je reconnaissais avoir été informé(e) que la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social.

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant non salarié me le permet :
Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites « déductions Madelin » :

- J'adhère à l'association 4 AS (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'Aésio Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'articles 154 bis du Code Général des Impôts (déductions Madelin)
- Je déclare sur l'honneur avoir été informé de mon obligation d'être à jour de mes cotisations régime obligatoire d'Assurance Maladie pour en bénéficier.
- Je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée par défaut au 31/12 de l'année (à préciser si différente).
- Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle.
- Je reconnaiss avoir été informé(e) que la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social.

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Conformément aux articles du Code de la mutualité : L.221-10-2, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie souscrit, par lettre simple ou tout autre support prévu par le Code de la mutualité : L. 221-10-3. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Les modalités d'exercice de ces facultés de résiliation sont détaillées dans la Notice d'information qui vous est remise

Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant non salarié me le permet :
Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites « déductions Madelin » :

- J'adhère à l'association 4 AS (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'Aésio Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'articles 154 bis du Code Général des Impôts (déductions Madelin)
- Je déclare sur l'honneur avoir été informé de mon obligation d'être à jour de mes cotisations régime obligatoire d'Assurance Maladie pour en bénéficier.
- Je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée par défaut au 31/12 de l'année (à préciser si différente).
- Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle.
- Je reconnaiss avoir été informé(e) que la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social.

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins

Taux de redistribution (1) : 78,13%

Taux de frais de gestion (2) : 22,78%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
 - Demande d'adhésion
 - devis
 - Tableau de garanties
 - Contacts
 - Conditions Générales
 - IPID
 - Protection Juridique - Conditions Générales
 - Notice d'information
 - Notice d'information Assistance
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
 - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AESIO mutuelle et GFP des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). GFP, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :
 - soit par voie électronique : dpo@plansante.com
 - soit par courrier à l'adresse suivante : 2, rue Joseph Fourier 28000 CHARTRES
- Après avoir contacté AESIO Mutuelle et GFP, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).
- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir été informé(e) de son droit à renoncer à son adhésion comme suit :
 - En cas d'adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou son lieu de travail, même à sa demande, et d'adhésion à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.
- Ce délai commence à courir :
 - En matière de vente à distance :
 - a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a)
 - En matière de démarchage : À compter du jour de la signature de la demande d'adhésion Il vous suffit, pour ce faire, d'envoyer à Sg Santé une lettre recommandée ou une lettre électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : Centre de Gestion - 7 rue de Turbigo - 75001 Paris, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) »
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- Attestation Sécurité Sociale pour l'adhérent
- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

L'adhérent

Par la signature du présent document, quelle qu'en soit la forme, je reconnais avoir personnellement répondu aux questions qui m'ont été posées, je certifie exactes et sincères toutes mes réponses lesquelles, même retranscrites par un tiers, sont exactement reproduites dans le présent document et je reconnais être informé que l'acceptation du risque par l'Assureur a été effectuée sur la base de ces réponses.

Date :
signature

Pour le compte de l'assureur
Date :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT

Référence

COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom | Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Pays FRANCE

COMPTE A DEBITER

BIC

IBAN

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif



Paiement ponctuel



CREANCIER

Dénomination sociale AS Solutions

ICS FR10ZZZ887477

Adresse 15 Rue Bernoulli

Code postal 75008

Ville Paris

Pays

SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AS Solutions à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AS Solutions. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélevement autorisé.

Fait à :

Signature :

Le :

NOTRE SOLUTION CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES : VOS GARANTIES

SANTÉ

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime de Base et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes de Base (RB). Les forfaits exprimés en euros comprennent le remboursement du Régime de Base d'assurance maladie, par assuré. DPTM: Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Certains médecins/praticiens ont signé un contrat favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. (1) Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement. (2) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré. (3) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées. (4) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation). (5) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur de moins 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A). Corrections visuelles (définition contrat responsable) : Définitions de la correction : Correction simple : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Correction complexe : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries Correction très complexe : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (6) Seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.

REMBOURSEMENTS			
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL

HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.				
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	Frais Réels moins 80% B.R.	Frais Réels	Limité à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (SLD), au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine.	Néant	30 €	30 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	30 €	30 €	Durée limitée à 30 jours par année civile
- Lit d'accompagnement	Néant	10 € / jour	10 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Téléphone, internet, télévision Limité à 20 jours par année civile.

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	40% B.R. ou 30% B.R.	100% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

PRÉCISIONS

SOINS COURANTS

Matériel médical

- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.	

Transports

- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Soins à l'étranger remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	

DENTAIRE

- Soins, actes et consultations, prophylaxie, parodontologie	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	30% B.R. ou Néant	100% B.R.	

Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
-------------	----------	-------------------------------	--------------------	--

Prothèses hors 100 % santé

Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé

Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)

- Inlays onlays	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	

Panier à honoraires libres

- Inlays onlays	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

OPTIQUE

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

- Monture + 2 verres simples	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Monture + 2 verres complexes	60% B.R.	40% B.R..	100% B.R.	
- Monture + 1 verres complexe et 1 verre très complexe	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Monture + 2 verres très complexes	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL		
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)					
Classe I - Soumis à des prix limites de vente					
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.					
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.	
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.	
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.	
Accessoires, entretien, piles, réparations					
Tous les actes de préventions pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.					

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

REMBOURSEMENTS			
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL

HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	70% B.R.	150% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation, hors chirurgie dentaire.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	50% B.R.	130% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	Frais Réels moins 80% B.R.	Frais Réels	Limité à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (SLD), au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine.	Néant	50 €	50 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	30 €	30 €	Durée limitée à 30 jours par année civile
- Lit d'accompagnement	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Téléphone, internet, télévision Limité à 20 jours par année civile.

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	35% B.R.	105% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	65% B.R. ou 55% B.R.	125% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	35% B.R.	105% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	35% B.R.	105% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL		
SOINS COURANTS					
Matériel médical					
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.		
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.		
Transports					
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.		
- Soins à l'étranger remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.		
DENTAIRE					
- Soins, actes et consultations, prophylaxie, parodontologie	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.		
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	55% B.R. ou 25% B.R.	125% B.R.		
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.					
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels		
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)					
- Inlays onlays	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.		
- Prothèses dentaires	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.		
Panier à honoraires libres					
- Inlays onlays	70% B.R.	55% B.R.	125% B.R.		
- Prothèses dentaires	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.		
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures) Classe A Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.					
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels		
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels		
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.	
OPTIQUE					
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres					
- Monture + 2 verres simples	60% B.R.	110 € moins 60% B.R..	110 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60% B.R.	130 € moins 60% B.R..	130 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	60% B.R.	155 € moins 60% B.R..	155 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 2 verres complexes	60% B.R.	150 € moins 60% B.R..	150 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verres complexe et 1 verre très complexe	60% B.R.	175 € moins 60% B.R..	175 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 2 verres très complexes	60% B.R.	200 € moins 60% B.R..	200 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
OPTIQUE				
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO.	60% B.R.	40% B.R. + 100 €	100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire Sur prescription médicale
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	100 €	100 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)				
Classe I - Soumis à des prix limites de vente				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieur à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 250 €	100% B.R. + 250 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations				
AUTRES PRESTATIONS et « BIEN ETRE »				
- Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, étiopathe, homéopathe, mésothérapeute, naturopathe, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, reflexologue, sexologue, sophrologue	Néant	40 €	40 €	Forfait par bénéficiaire et par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO	Néant	10 €	10 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de préventions pris en charge par l'AMO sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
--	---	--	-------

PRÉCISIONS

HOSPITALISATION

Honoraires, actes et soins Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation, hors chirurgie dentaire.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	90% B.R.	170% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.

Séjours

- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	Frais Réels moins 80% B.R.	Frais Réels	Limité à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (SLD), au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine.	Néant	80 €	80 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	30 €	30 €	Durée limitée à 30 jours par année civile
- Lit d'accompagnement	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Téléphone, internet, télévision Limité à 20 jours par année civile.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	60% B.R.	130% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	90% B.R. ou 80% B.R.	150% B.R.	

Honoraires paramédicaux

- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Analyses et examens de laboratoire

	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Actes d'imagerie

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	60% B.R.	130% B.R.	

Actes techniques médicaux et de chirurgie

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	60% B.R.	130% B.R.	

Participation du patient

	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
--	-------	-------------	--------------------	--

Médicaments

- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL		
SOINS COURANTS					
Matériel médical					
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.		
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.		
Transports					
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.		
- Soins à l'étranger remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.		
DENTAIRE					
- Soins, actes et consultations, prophylaxie, parodontologie	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.		
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	80% B.R. ou 50% B.R.	150% B.R.		
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)					
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.					
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels		
Prothèses hors 100 % santé					
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)					
- Inlays onlays	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.		
- Prothèses dentaires	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.		
Panier à honoraires libres					
- Inlays onlays	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.		
- Prothèses dentaires	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.		
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)					
Classe A					
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.					
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels		
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels		
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.	
OPTIQUE					
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)					
Classe B - Tarifs libres					
- Monture + 2 verres simples	60% B.R.	250 € moins 60% B.R..	250 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60% B.R.	275 € moins 60% B.R.	275 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	60% B.R.	225 € moins 60% B.R.	225 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 2 verres complexes	60% B.R.	300 € moins 60% B.R.	300 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 1 verres complexe et 1 verre très complexe	60% B.R.	350 € moins 60% B.R.	350 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
- Monture + 2 verres très complexes	60% B.R.	400 € moins 60% B.R.	400 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture	
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
OPTIQUE				
- Lentilles remboursées par l'AMO.	60% B.R.	40% B.R. + 250 €	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire Sur prescription médicale
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	200 €	200 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)				
Classe I - Soumis à des prix limites de vente				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 500 €	100% B.R. + 500 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations				
AUTRES PRESTATIONS et « BIEN ETRE »				
- Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, étiopathe, homéopathe, mésothérapeute, naturopathe, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, reflexologue, sexologue, sophrologue	Néant	80 €	80 €	Forfait par bénéficiaire et par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO	Néant	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de préventions pris en charge par l'AMO sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

REMBOURSEMENTS			
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL

HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	220% B.R.	300% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation, hors chirurgie dentaire.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	Frais Réels moins 80% B.R.	Frais Réels	Limité à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (SLD), au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine.	Néant	100 €	100 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	30 €	30 €	Durée limitée à 30 jours par année civile
- Lit d'accompagnement	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Téléphone, internet, télévision Limité à 20 jours par année civile.

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	140% B.R. ou 130% B.R.	200% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

PRÉCISIONS

SOINS COURANTS

Matériel médical

- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.	

Transports

- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Soins à l'étranger remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	

DENTAIRE

- Soins, actes et consultations, prophylaxie, parodontologie	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	180% B.R. ou 150% B.R.	250% B.R.	
- Prophylaxie, parodontologie remboursées par l'A.M.O.	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	

Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé.

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
-------------	----------	-------------------------------	--------------------	--

Prothèses hors 100 % santé

Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé

Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)

- Inlays onlays	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	
- Prothèses dentaires	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	

Panier à honoraires libres

- Inlays onlays	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	
- Prothèses dentaires	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

OPTIQUE

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

- Monture + 2 verres simples	60% B.R.	400 € moins 60% B.R..	400 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60% B.R.	450 € moins 60% B.R.	450 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	60% B.R.	500 € moins 60% B.R.	500 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Monture + 2 verres complexes	60% B.R.	500 € moins 60% B.R.	500 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Monture + 1 verres complexe et 1 verre très complexe	60% B.R.	550 € moins 60% B.R.	550 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Monture + 2 verres très complexes	60% B.R.	600 € moins 60% B.R.	600 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
OPTIQUE				
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO.	60% B.R.	40% B.R. + 400 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire Sur prescription médicale
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	300 €	300 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)				
Classe I - Soumis à des prix limites de vente				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieur à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 1200 €	100% B.R. + 1200 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations				
AUTRES PRESTATIONS et « BIEN ETRE »				
- Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, étiopathe, homéopathe, mésothérapeute, naturopathe, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, réflexologue, sexologue, sophrologue	Néant	200 €	200 €	Forfait par bénéficiaire et par année civile Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO.	Néant	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de préventions pris en charge par l'AMO. sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.