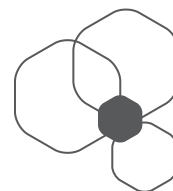


# Accès Santé

réservée aux bénéficiaires de  
l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

## Documents contractuels



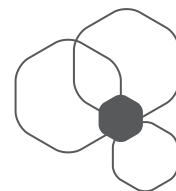


# **Sommaire général**

<b>Statuts de l'association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité</b>	<b>3</b>
<b>Notice d'information « Accès Santé »</b>	<b>9</b>

# **Sommaire**

## **Statuts de l'association pour L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES POPULATIONS EN PRÉCARITÉ**



<b>Préambule</b>	<b>4</b>
<b>Article 1 - Dénomination</b>	<b>4</b>
<b>Article 2 - Objet</b>	<b>4</b>
<b>Article 3 - Siège social</b>	<b>4</b>
<b>Article 4 - Durée</b>	<b>4</b>
<b>Article 5 - Composition de l'Association</b>	<b>4</b>
<b>Article 6 - Admission des membres actifs, membres distributeurs, membre d'honneur et des autres membres coassureurs</b>	<b>5</b>
<b>Article 7 - Cotisations</b>	<b>5</b>
<b>Article 8 - Radiation – Démission</b>	<b>5</b>
<b>Article 9 - Adhésion</b>	<b>5</b>
<b>Article 10 - Ressources</b>	<b>5</b>
<b>Article 11 - Assemblée générale – Composition – Élection - Désignation</b>	<b>5</b>
<b>Article 12 - Assemblée générale extraordinaire</b>	<b>6</b>
<b>Article 13 - Conseil d'administration</b>	<b>6</b>
<b>Article 14 - Vacance au sein du conseil d'administration</b>	<b>6</b>
<b>Article 15 - Fonctionnement du conseil d'administration</b>	<b>6</b>
<b>Article 16 - Le Bureau</b>	<b>7</b>
<b>Article 17 - Indemnités</b>	<b>7</b>
<b>Article 18 - Exercice social</b>	<b>8</b>
<b>Article 19 - Règlement intérieur</b>	<b>8</b>
<b>Article 20 - Dissolution</b>	<b>8</b>

**Mis à jour par l'assemblée générale du 19 septembre 2018.  
Soumis à la loi sur les associations du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.**

## PRÉAMBULE

*L'accès aux soins et la prévoyance des personnes les plus démunies sont des préoccupations fortes et des enjeux majeurs dans la configuration actuelle de l'offre de soins et de sa prise en charge.*

*C'est pour répondre à ces enjeux de santé publique et de solidarité que 5 grandes mutuelles : Adrea Mutuelle, Apréva Mutuelle, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane avec ATD Quart Monde, ont décidé de promouvoir ensemble un type de contrat d'assurance complémentaire santé adapté, au travers d'une Association dont elles sont les membres fondateurs, dans le cadre des présents statuts.*

## Article 1 • Dénomination

Il est fondé, entre les adhérents aux présents statuts, une Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination :

« **Association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité (ACS-P)** ».

## Article 2 • Objet

Cette Association a pour objet de favoriser par tous moyens l'accès aux soins des particuliers ; elle peut, notamment, souscrire des contrats collectifs spécifiques favorisant cet objectif, contrats adaptés aux dispositifs légaux et réglementaires tels que l'Aide à la Complémentaire Santé auxquels adhéreront les bénéficiaires de ce dispositif, membres de l'Association.

Les garanties souscrites par l'Association sont assurées par les membres coassureurs de l'Association, dans le respect des conditions législatives et réglementaires qui leur sont applicables. L'Association n'exerce elle-même aucune opération d'assurance, ni directement, ni indirectement. L'Association n'exerce aucune opération d'intermédiation d'assurance.

## Article 3 • Siège social

Le siège social est fixé 143 Rue Blomet – 75015 PARIS.

Il pourra être transféré en tous lieux de la même commune par simple décision du Conseil d'administration ; dans les autres cas, par décision de l'Assemblée générale.

## Article 4 • Durée

La durée de l'Association est illimitée.

## Article 5 • Composition de l'Association

L'Association se compose de 6 collèges :

- ∓ Les membres coassureurs fondateurs ;
- ∓ Les autres membres coassureurs ;
- ∓ Les membres distributeurs ;
- ∓ Les membres actifs ;
- ∓ Les membres de droit que sont les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé ou autres dispositifs légaux, ayant adhéré à l'un des contrats collectifs souscrits par l'Association ;
- ∓ Les membres d'honneur.

### 5.1 Les membres coassureurs fondateurs

Ce sont exclusivement les mutuelles relevant du Livre II du Code de la mutualité, ci-après énumérées, ayant participé directement à la fondation de l'Association et faisant partie, à ce titre, du Conseil d'administration de l'Association :

**Adrea Mutuelle** - 104 avenue Maréchal de Saxe - 69003 Lyon. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 311 799 878.

**Apréva Mutuelle** - 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 Lille Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 775 627 391.

**Eovi-Mcd Mutuelle** - 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 Paris Cedex 12. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 317 442 176.

**Harmonie Mutuelle** - 143 rue Blomet – 75015 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité ; n° SIREN 538 518 473.

**Mutuelle Ociane** - 35, rue Claude Bonnier - 33054 Bordeaux Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN : 434 243 085.

### 5.2 Les autres membres coassureurs

Ce sont exclusivement les mutuelles et unions coassureurs relevant du Livre II du Code de la mutualité autres que ceux mentionnés à l'article 5.1.

### 5.3 Les membres distributeurs non coassureurs

Ce collège comprend :

- ∓ Les mutuelles et Unions de livre II du Code de la mutualité non coassureurs qui adhèrent à l'Association pour distribuer les contrats

d'assurance collective souscrits par l'Association au profit de leurs adhérents bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé conformément à l'objet social de l'Association.

#### 5.4 Les membres actifs

Ce collège comprend :

- ⊖ **L'Association ATD Quart Monde** ayant participé directement à la fondation de l'Association et faisant partie, à ce titre, du Conseil d'administration de l'Association.
- ⊖ Les organismes de Sécurité sociale ainsi que les organismes agréés pour participer à la gestion d'un régime légal ou obligatoire d'assurance maladie et maternité.
- ⊖ Les Associations et fédérations, agréées en santé, impliquées dans des domaines d'activité en relation avec l'objet social de l'Association et les Associations d'utilisateurs.
- ⊖ Les collectivités territoriales.

#### 5.5 Les membres de droit

Ce sont les personnes physiques adhérant aux contrats collectifs souscrits par l'Association.

#### 5.6 Les membres d'honneur

L'Association peut donner la qualité de membre d'honneur à des personnes physiques ou morales qui partagent les valeurs et les buts de l'Association, ou qui lui ont rendu des services éminents.

Il peut s'agir également de personnes dont les compétences en relation avec les domaines d'intervention de l'Association sont particulièrement éminentes.

### Article 6 • Admission des membres actifs, membres distributeurs, membres d'honneur et des autres membres coassureurs

Pour faire partie de l'Association, il faut être agréé par le Conseil d'administration, qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées. Les décisions du Conseil d'administration sont souveraines et non motivées. Le Conseil d'administration peut donner délégation au Bureau.

### Article 7 • Cotisations

Seuls les membres coassureurs et les membres distributeurs versent une cotisation dont le montant est fixé annuellement par l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

### Article 8 • Radiation - Démission

La qualité de membre se perd notamment par démission, radiation ou non-paiement de la cotisation.

La qualité de membre de droit de l'Association se perd dès lors que la personne ne bénéficie plus du contrat collectif souscrit auprès de l'Association.

#### Article 8.1

La démission d'un membre actif ou coassureur ou distributeur doit être adressée au Président de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception, au moins 6 mois avant la fin de l'exercice civil ; elle prend effet le 31 décembre de l'année N à minuit.

#### Article 8.2

À la suite de l'absorption d'un membre actif ou coassureur ou distributeur par un autre organisme, l'organisme absorbant peut demander à prendre la suite de l'adhésion de l'organisme absorbé, en

présentant une demande d'adhésion devant le Conseil d'administration de l'Association.

#### Article 8.3

La radiation peut être prononcée par le Conseil d'administration pour non-paiement de la cotisation d'un membre coassureur ou distributeur.

#### Article 8.4

La radiation peut aussi être prononcée pour motif grave, le membre concerné ayant été invité (par lettre recommandée) à fournir des explications devant le Conseil d'administration. La date d'effet de la radiation est le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la décision du Conseil d'administration.

### Article 9 • Adhésion

L'Association peut adhérer à d'autres associations, groupements ou unions, sur décision du Conseil d'administration.

### Article 10 • Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- 1°) Le montant des cotisations ;
- 2°) Les subventions et dons autorisés par la loi et les textes en vigueur de la part de l'Etat, des collectivités territoriales et de toute personne morale ou physique ;
- 3°) Toutes les ressources autorisées par les lois et règlements en vigueur.

### Article 11 • Assemblée générale - Composition - Élection - Désignation

Les dispositions ci-dessous seront explicitées, en tant que de besoin, par des délibérations spécifiques du Conseil d'administration de l'Association ; celui-ci pourra en outre établir et modifier un règlement intérieur de l'Association, conformément à l'article 19 ci-après.

#### 11.1 Composition de l'Assemblée générale : collèges

L'Assemblée générale comprend :

- ⊖ les membres d'honneur,
- ⊖ et les délégués des diverses catégories de membres de l'Association représentant les membres coassureurs et les membres distributeurs à jour de leurs cotisations, les membres actifs, les membres de droit.

L'Assemblée générale est répartie en 6 collèges :

- ⊖ **Le collège des membres coassureurs fondateurs**, représenté par 5 délégués désignés par le Conseil d'administration de chaque membre coassureur fondateur. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.
- ⊖ **Le collège des autres membres coassureurs**, représenté par 2 délégués désignés par le Conseil d'administration de chaque autre membre coassureur. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.
- ⊖ **Le collège des membres distributeurs non coassureurs**, représenté par 4 délégués. L'ensemble des mutuelles distributrices se concertent pour désigner en leur sein les 4 délégués. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année.
- ⊖ **Le collège des membres actifs**, représenté par 1 délégué désigné par le Conseil d'administration de chaque membre actif. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.



∴ **Le collège des membres de droit** a une représentation subdivisée en fonction de l'origine de l'adhésion :

- Les membres de droit issus des mutuelles coassureurs fondatrices sont représentés par 10 délégués, de telle sorte que les adhérents bénéficiaires de l'ACS de chacune des mutuelles coassureurs fondatrices soient représentés par 2 délégués désignés par chaque membre coassureur.
- Les membres de droit issus des autres mutuelles et unions coassureurs et ceux issus des mutuelles distributrices non coassureurs sont représentés par 11 délégués répartis ainsi :
  - 7 délégués au titre des adhérents des autres membres coassureurs. Chaque membre coassureur désigne son délégué,
  - 4 délégués au titre des adhérents des membres distributeurs non coassureurs. L'ensemble des membres distributeurs se concertent pour désigner ces 4 délégués.

∴ **Le collège des membres d'honneur.**

### 11.2 Assemblée générale : dispositions diverses

Chaque délégué, quel que soit le collège d'appartenance, à l'exception du collège des membres d'honneur, bénéficie d'une voix à l'Assemblée générale et participe aux votes, sous réserve, pour les membres coassureurs fondateurs, les autres membres coassureurs et les membres distributeurs, qu'ils soient à jour de leur cotisation.

Les membres d'honneur participent à l'Assemblée générale mais ne peuvent pas prendre part aux votes.

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an.

Aucune condition de quorum ou de majorité n'est exigée pour les assemblées générales ordinaires.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les délégués des membres de l'Association ainsi que les membres d'honneur sont convoqués par le Président, selon les moyens les plus adaptés.

Le Président, assisté du Secrétaire et des membres du Conseil d'administration, préside l'Assemblée, expose la situation morale et l'activité de l'Association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet les comptes annuels (bilan, compte de résultat et annexe(s)) à l'approbation de l'Assemblée.

Ne peuvent être abordés que les points inscrits à l'ordre du jour. Un quart des délégués des membres de l'Association (membres coassureurs, membres distributeurs, membres actifs, membres de droit) peut demander au Président, par courrier recommandé avec accusé de réception, d'inscrire à l'ordre du jour un projet de résolution ; cette demande doit parvenir au Président au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés par les délégués présents ou représentés.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au renouvellement des membres sortants du Conseil d'administration.

Toutes les délibérations de l'Assemblée générale sont prises à main levée, exceptée l'élection des membres du Conseil d'administration qui aura lieu à bulletin secret.

Un délégué absent peut donner à un autre délégué le pouvoir de voter en son nom. Un délégué peut recevoir au maximum 5 pouvoirs.

Les décisions des assemblées générales s'imposent à tous les membres, y compris absents ou représentés.

### Article 12 • Assemblée générale extraordinaire

- ∴ En cas de projet de modification des statuts, de dissolution, de fusion avec une autre Association, de dissolution ou d'actes portant sur des immeubles, propriété de l'Association,
- ∴ en cas de nécessité,
- ∴ ou sur la demande de la moitié des délégués,

Le Président convoque les délégués et les membres d'honneur de l'Association en Assemblée générale extraordinaire, suivant les modalités prévues à l'article 11.2.

Les délibérations en Assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

### Article 13 • Conseil d'administration

L'Association est dirigée par un Conseil d'administration de 15 à 40 administrateurs répartis en 5 collèges, nommés pour une durée de 3 ans.

**LE 1<sup>er</sup> COLLÈGE** est celui des membres coassureurs fondateurs ; il comprend 15 administrateurs, désignés par les conseils d'administration des membres coassureurs, à raison de 3 administrateurs par membre coassureur.

**LE 2<sup>ème</sup> COLLÈGE** est celui des autres membres coassureurs ; il comprend les administrateurs désignés par les conseils d'administration des autres membres coassureurs, à raison d'un administrateur par membre coassureur.

**LE 3<sup>ème</sup> COLLÈGE** est celui des membres distributeurs. Il comprend 1 administrateur, élu par le collège des membres distributeurs à l'Assemblée générale.

**LE 4<sup>ème</sup> COLLÈGE** est celui des membres actifs ; il comprend au maximum 10 administrateurs, élus par le collège des membres actifs à l'Assemblée générale.

**LE 5<sup>ème</sup> COLLÈGE** est celui des membres de droit souscripteurs des garanties ACS ; il comprend 7 administrateurs :

- ∴ 1 au titre des adhérents de chacun des membres coassureurs fondateurs, désignés par leur Conseil d'administration, soit un total de 5 ;
- ∴ 1 au titre des adhérents des autres membres coassureurs et 1 au titre des membres distributeurs non coassureurs.

Ces personnes perdent la qualité d'administrateur de l'Association dès lors qu'elles ne bénéficient plus des conditions requises au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de l'Association. Elles sont alors remplacées par le membre qui les avait nommées, dans les mêmes conditions.

Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

Il est admis qu'un administrateur absent puisse donner à un autre administrateur le pouvoir de voter en son nom ; il doit en informer le Président préalablement par courrier ou courriel. Un administrateur ne peut recueillir plus de 3 pouvoirs.

Un administrateur est d'office délégué à l'Assemblée générale.

En fonction des sujets traités, le Conseil d'administration peut inviter à ses réunions des membres d'honneur et toute personnalité qualifiée qu'il jugera utile d'inviter. Les membres d'honneur et les personnalités qualifiées invités à assister à une réunion du Conseil d'administration ne peuvent pas prendre part aux votes.

### Article 14 • Vacance au sein du Conseil d'administration

En cas de vacance au sein du Conseil d'administration, ce dernier procède au remplacement par cooptation d'un membre issu du même collège, sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée générale.

### Article 15 • Fonctionnement du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'Association, dans les limites de son objet social, sous réserve des pouvoirs statutairement réservés à l'Assemblée générale, et de la réglementation applicable.

Le Conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président, ou à la demande du quart de ses membres. Les convocations sont adressées par courrier ou courriel, au moins 15 jours avant la date prévue, selon les moyens les plus adaptés.

En cas d'urgence, le Président peut convoquer le Conseil d'administration en dehors des délais prévus à l'alinéa ci-dessus.

Le Conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés ; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Quel que soit son collègue d'appartenance, un administrateur ne peut poursuivre son mandat au-delà du 31 décembre de l'année où il atteint l'âge de 75 ans à la date de l'élection ; il est alors remplacé selon les modalités prévues ci-dessus pour les cas de vacance.

## Article 16 • Le Bureau

### A. Composition

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres, à bulletin secret, pour 3 ans, un Bureau composé de 8 membres dont 2 issus du collège des membres actifs :

- Un Président, qui est le Président du Conseil d'administration de l'Association ;
- Deux Vice-Présidents ;
- Un Secrétaire et un Secrétaire Adjoint ;
- Un Trésorier et un Trésorier Adjoint ;
- Deux membres.

Toutefois, leurs fonctions prennent fin de plein droit lorsqu'ils cessent de faire partie du Conseil d'administration.

### B. Pouvoirs

Le Bureau assure collégalement la gestion courante de l'Association et veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Administration.

En outre, ses membres exercent individuellement les pouvoirs définis ci-après.

### C. Fonctionnement

Le Bureau se réunit sur convocation du président, aussi souvent que nécessaire, selon les moyens les plus adaptés. Il prépare les décisions à soumettre au Conseil d'administration et instruit tous dossiers soumis par cette instance. Le conseil d'administration peut donner une délégation de pouvoir au Bureau pour admettre de nouveaux membres actifs, de nouveaux membres de droit et de nouveaux membres distributeurs.

### D. Délibération

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le renouvellement du Bureau est organisé en bloc, tous les 3 ans.

### 16.1 Le Président

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration, du Bureau.

Il veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'administration et du Bureau.

Il agit au nom et pour le compte du Bureau, du Conseil d'administration et de l'Association et notamment :

- Il représente de plein droit l'Association dans tous les actes de la vie civile et possède tous pouvoirs à l'effet de l'engager.
- Il a qualité pour représenter l'Association en justice, tant en demande qu'en défense.
- Il convoque le Bureau, le Conseil d'administration et l'Assemblée générale, fixe les ordres du jour et préside les réunions correspondantes.
- Il est habilité à ouvrir et faire fonctionner tous comptes bancaires et livrets d'épargne.
- Il exécute les décisions qui sont arrêtées par le Bureau et le Conseil d'administration.
- Il signe tous actes et tous contrats nécessaires à l'exécution des décisions du Bureau, du Conseil d'administration et des Assemblées générales.
- Il présente un rapport moral et le bilan des activités de l'Association à l'Assemblée générale.
- Il peut déléguer, par écrit, ses pouvoirs et sa signature et y mettre fin à tout instant.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre de ses pouvoirs, devra être autorisé préalablement par le Conseil d'administration.

### 16.2 Les Vice-Présidents

Les Vice-Présidents ont vocation de seconder le Président et de le remplacer en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

### 16.3 Le Secrétaire et Secrétaire Adjoint

Le Secrétaire est chargé de la conservation des archives. Il rédige, ou fait rédiger, les relevés de décisions des réunions du Bureau, les procès-verbaux des conseils d'administration et des assemblées générales.

Il participe à l'établissement du rapport moral et d'activité.

Il est remplacé par le Secrétaire adjoint en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

### 16.4 Le Trésorier et Trésorier Adjoint

À la fin de chaque exercice, le Trésorier fait procéder au Bilan et à l'inventaire de l'année écoulée, prépare le budget de l'année suivante et établit, ou fait établir, sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association.

Il fait procéder à l'appel annuel de cotisations.

Il établit, ou fait établir, un rapport financier qu'il présente avec les comptes annuels à l'Assemblée générale ordinaire annuelle.

Il procède, ou fait procéder, au paiement des dépenses et à l'encaissement des recettes.

Il est remplacé par le Trésorier adjoint en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

## Article 17 • Indemnités

Toutes les fonctions, y compris celles des membres du Conseil d'administration et du Bureau, sont gratuites et bénévoles. Seuls les frais occasionnés par l'accomplissement du mandat des membres de droit, des membres actifs et des membres d'honneur sont remboursés sur justificatifs et à hauteur des barèmes de remboursement fixés chaque année. Toutefois, les frais occasionnés par des missions exceptionnelles confiées à un ou plusieurs administrateur(s), sur décision de l'Assemblée générale, du Conseil d'administration, du Bureau ou du Président de l'Association, sont remboursés sur justificatifs et à hauteur des barèmes de remboursement fixés chaque année.

Le rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire indique, par bénéficiaire, les remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.

## Article 18 • Exercice social

L'exercice social de l'Association commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre. Toutefois, le 1<sup>er</sup> exercice social commencera à compter de la publication, au Journal Officiel, de la déclaration de création de l'Association, et se terminera le 31 décembre suivant.

## Article 19 • Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'administration, qui le fait alors approuver par l'Assemblée générale.

Ce règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les présents statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

## Article 20 • Dissolution

En cas de dissolution prononcée selon les modalités prévues à l'article 12, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés, et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux décisions de l'Assemblée générale extraordinaire qui statue sur la dissolution.

**Le Président,  
Michel MARTIN**



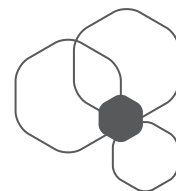
**Le Vice-président,  
Bernard PEROY**





# Sommaire

## Notice d'information « Accès Santé »



<b>Préambule</b>	<b>10</b>	<b>Article 7 - Versement des prestations</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>10</b>	7.1 Ouverture des droits aux remboursements des prestations	14
<b>Article 1 - Objet de la présente notice</b>	<b>10</b>	7.2 Règlement des prestations	14
<b>Article 2 - Risques couverts – Territorialité de la couverture</b>	<b>10</b>	7.3 Contrôle	15
<b>Article 3 - Conditions d'adhésion</b>	<b>10</b>	<b>CHAPITRE 3 COTISATIONS</b>	<b>15</b>
3.1 Modalités d'adhésion	10	<b>Article 8 - Détermination des cotisations</b>	<b>15</b>
3.2 Modalités de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé « ACS »	10	<b>Article 9 - Évolution des cotisations</b>	<b>15</b>
3.3 Bénéficiaires des garanties	11	<b>Article 10 - Paiement de la cotisation</b>	<b>15</b>
3.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat	11	10.1 Règlement de la cotisation	15
3.5 Durée de l'adhésion au contrat	12	10.2 Incident de paiement	15
3.6 Expiration des droits au bénéfice de la déduction prévue par l'article L.863-2 – prolongation de l'adhésion au contrat collectif « Accès Santé »	12	10.3 Non-paiement de la cotisation	15
<b>Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion</b>	<b>12</b>	<b>CHAPITRE 4 DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>16</b>
4.1 Nouveaux bénéficiaires	12	<b>Article 11 - Couverture des accidents</b>	<b>16</b>
4.2 Autres modifications	12	11.1 Recours subrogatoire	16
<b>Article 5 - Résiliation des garanties, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité</b>	<b>12</b>	11.2 Déclaration d'accident	16
5.1 À l'initiative de l'adhérent	12	11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	16
5.2 À l'initiative de la Mutuelle ou Union Gestionnaire	13	11.4 Tiers payant en cas d'accident	16
5.3 À l'initiative du souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P	13	<b>Article 12 - Prescription</b>	<b>16</b>
5.4 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	13	<b>Article 13 - Protection des données à caractère personnel</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE 2 GARANTIES FRAIS DE SANTÉ</b>	<b>13</b>	<b>Article 14 - Échanges de données informatisées</b>	<b>17</b>
<b>Article 6 - Cadre général</b>	<b>13</b>	<b>Article 15 - Vigilance financière – Lutte anti-blanchiment</b>	<b>17</b>
6.1 Date d'entrée en vigueur des garanties	13	<b>Article 16 - Réclamations - Médiation</b>	<b>17</b>
6.2 Base de remboursement	14	<b>Article 17 - Droit de renonciation dans le cas d'une adhésion à distance</b>	<b>17</b>
6.3 Pluralité de garanties frais de santé	14	<b>Article 18 - Modification du contrat collectif</b>	<b>17</b>
6.4 Limites de remboursement	14	<b>Article 19 - Durée du contrat collectif - Résiliation - Conséquence du retrait d'un des coassureurs</b>	<b>17</b>
6.5 Garanties solidaires conformes au cahier des charges des contrats responsables et au cahier des charges tel que prévu par le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats ACS	14	19.1 Durée du contrat collectif	17
6.6 Non prise en charge de certaines prestations	14	19.2 Conséquence du retrait d'un des coassureurs	17
		19.3 Résiliation du contrat collectif par le Souscripteur	17
		<b>Article 20 - Autorité de Contrôle</b>	<b>17</b>

## PRÉAMBULE

Cette notice constitue la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, résumant les dispositions générales du contrat collectif complémentaire frais de Santé, à adhésion facultative et individuelle Accès Santé souscrit

- par L'Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ACS-P), dénommée également ci-après « le Souscripteur » ou « ACS-P »,
- auprès des Mutuelles et Union : HARMONIE MUTUELLE, ADREA MUTUELLE, APREVA MUTUELLE, EOV-MCD MUTUELLE, SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE, MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE (MCDéf), MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGFI), MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN), UNION HARMONIE MUTUALITE, MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT), MUTUELLE OCIAINE GROUPE MATMUT, en coassurance entre elles, indistinctement dénommées ci-après « les coassureurs ».

Le contrat collectif, régi par le Code de la Mutualité, est souscrit auprès des coassureurs susvisés par l'Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ACS-P) au profit de ses membres, dans le cadre du dispositif prévu :

- par le décret N° 2014-1144 du 08 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale.
- et en application du décret précité, par l'avis d'appel public à la concurrence, publié au JORF du 17 décembre 2014, relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé (ACS) susceptibles de bénéficier d'un crédit d'impôt mentionné à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale.

**Le contrat collectif figure sur la liste des contrats « ACS » sélectionnés à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6 du code de la Sécurité sociale.**

Les garanties frais de santé du contrat collectif bénéficient de la garantie technique et financière des Mutuelles et Union, coassureurs entre elles.

Elles ont confié la coordination du dispositif à la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE qu'elles ont désignée en tant qu'apéríteur.

Les coassureurs susvisés sont également membres de l'ACS-P.

## Chapitre I

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif souscrit auprès des Mutuelles et Union coassureurs susvisés par l'ACS-P au profit de ses membres, bénéficiaires de l'ACS et de leurs éventuels ayants droit (tels que définis à l'article 3.3).

Le contrat collectif a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques des coassureurs, de l'ACS-P et des membres de l'ACS-P, bénéficiaires de l'ACS qui ont adhéré à titre facultatif et individuel à ce contrat.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la Mutualité, il est établi la présente notice d'information remise avec le bulletin individuel d'adhésion et le tableau descriptif des garanties frais de santé.

#### Article 2 • Risques couverts - Territorialité de la couverture

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de l'engagement contractuel, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire Française.

L'adhésion au contrat collectif est ouverte à l'ensemble des bénéficiaires de l'ACS résidant en France Métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint Martin et Saint Barthélémy.

#### Article 3 • Conditions d'adhésion

**L'adhésion au contrat collectif du bénéficiaire de l'ACS est régie par :**

- le bulletin individuel d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de son adhésion, les personnes assurées et la nature des garanties effectivement souscrites,
- la présente notice d'information,
- le tableau descriptif des garanties frais de santé

##### 3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne physique, remplissant les conditions prévues à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale pour bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), après production de l'attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire française dont elle relève, peut adhérer au contrat collectif, pour elle-même et ses éventuels ayants droit (*tels que définis à l'article 3.3*).

L'accès au contrat collectif et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé des personnes qui n'auront pas à répondre à un questionnaire de santé.

L'adhérent a le choix entre 3 niveaux de garanties A, B, C (Régime général / Régime local) dont les contenu détaillé figure sur le tableau descriptif des garanties frais de santé.

L'adhérent complète et signe un bulletin individuel d'adhésion au contrat collectif qui comporte, notamment :

- les références de l'Association et des coassureurs,
- le niveau de garantie « Accès Santé » retenue par ses soins pour l'ensemble des bénéficiaires tels qu'indiqués au bulletin d'adhésion,
- ses éventuels ayant(s) droit à garantir.

**L'adhérent au contrat collectif est membre participant de la Mutuelle qui lui a distribué l'offre de garanties « Accès Santé ».**

La signature du bulletin individuel d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de l'Association, des Statuts de la Mutuelle et le cas échéant, du Règlement Intérieur de la Mutuelle dont il est membre participant, des droits et obligations définis par le contrat collectif et repris dans la présente notice d'information, du tableau descriptif des garanties.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin individuel d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

##### 3.2 Modalités de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé « ACS »

La personne remplissant les conditions prévues à l'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale peut bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), sur présentation d'une attestation de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article L 863-2 du code de la Sécurité sociale, cette aide sera déduite par l'organisme assureur du montant de la cotisation normalement applicable à l'assuré et à ses bénéficiaires assurés et uniquement pour la souscription d'un contrat sélectionné dans le cadre de la mise en concurrence prévue par l'article L863-6 du code de la Sécurité sociale.

##### 3.2.1 Conditions pour bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS)

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

- présenter à l'organisme assureur l'attestation ou le duplicata délivré à sa demande par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont il relève. Les conditions pour que la caisse lui remette cette attestation sont notamment les suivantes :

- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une collectivité d'Outre-Mer tel que précisé à l'article 2 de façon stable et régulière ;
- avoir des ressources comprises entre le plafond prévu à l'article L 861-1 du code de la Sécurité sociale (fixé par voie réglementaire) et ce même plafond majoré de 35% ;

∴ souscrire ou adhérer à des contrats figurant sur la liste des offres sélectionnées publiée au Journal Officiel de la République Française. Cette liste est remise à l'adhérent par la caisse d'assurance maladie dont il dépend, au moment de la remise de l'attestation de droit (*aussi* dénommée « attestation chèque ») lors de leur première délivrance et à chaque renouvellement.

**Ces dispositions s'appliquent aux contrats « ACS » souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015; à compter de cette date, seule la souscription de l'un des contrats « sélectionnés » ouvrira droit au bénéfice de l'aide.**

### 3.2.2 Montant de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS)

L'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale prévoit que le montant de cette aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L 861-1 du code de la Sécurité sociale) couvertes par le ou les contrats.

**Le ou les contrat(s) d'assurance complémentaire souscrit(s) par une même personne n'ouvre(nt) droit qu'à une seule aide par période de 12 mois ; le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation.**

### 3.2.3 Obtention du droit à déduction

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

### 3.2.4 Durée de la déduction

Selon l'article R 863-3 du code de la Sécurité sociale, le droit à déduction prévu par l'article L 863-2 du code de la Sécurité sociale est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du ou des contrat(s) souscrit(s) auprès d'un assureur ou de plusieurs coassureurs (Mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance), choisie par le bénéficiaire de l'ACS.

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

L'organisme assureur délivre au bénéficiaire de l'ACS, sur demande, une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

Le bénéficiaire de l'ACS bénéficie à compter de cette date et pour la même durée, de l'aide mentionnée à l'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale (cf. articles 3.2.a et 3.2.b).

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

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

- ∴ l'attestation de droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire (attestation remise à l'organisme assureur par le bénéficiaire de l'aide au moment de la souscription du contrat)

Et

- ∴ une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la période pendant laquelle l'organisme assureur a exercé le droit à déduction.

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

### 3.2.5 Information du bénéficiaire de l'aide de la date d'échéance de son adhésion au contrat « ACS »

**Le bénéficiaire de l'aide est informé par l'organisme assureur de la date d'échéance de son adhésion au contrat souscrit dans le cadre de l'ACS ainsi que de la possibilité de renouveler ou non son adhésion au contrat avec le bénéfice de la déduction mentionnée à l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale, au minimum deux mois avant l'échéance de son adhésion.**

### 3.2.6 Demande de renouvellement

Le bénéficiaire de l'ACS doit déposer une demande de renouvellement de son droit à déduction auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire au minimum deux (2) mois avant la date d'échéance de son droit à déduction et au plus tôt quatre (4) mois avant cette même date (article R 863-1 du code de la Sécurité sociale). Il doit fournir avec sa demande la ou les attestation(s) de date d'effet du droit à déduction remise(s) par son ou ses organismes assureurs. S'il ne l'a ou ne les a plus, il doit indiquer à sa caisse d'assurance maladie obligatoire les nom et adresse du ou des organismes auprès desquels il a été fait application de son droit à déduction.

Si le bénéficiaire de l'ACS remplit toujours les conditions prévues à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale, sa caisse d'assurance maladie obligatoire lui délivrera une nouvelle attestation de droits.

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

- ∴ la demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux (2) mois et au plus quatre (4) mois avant l'échéance du droit à déduction ;

- ∴ si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat d'assurance sans que tous les autres contrats aient pris fin, et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme assureur auprès duquel le contrat a été souscrit lui remet, à sa demande, les attestations mentionnées à l'article R 863-4 du code de la Sécurité sociale (*attestation de droit à déduction délivrée par sa caisse d'assurance maladie obligatoire et attestation délivrée par son organisme assureur indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction*). L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme assureur auprès duquel il a souscrit un nouveau contrat.

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

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

## 3.3 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion individuel et couverte par un régime d'assurance maladie obligatoire :

- ∴ l'adhérent,
- ∴ et le cas échéant, ses ayants droit qui figurent sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent.

## 3.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion individuel, l'adhésion au contrat collectif prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la

réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire.

### 3.5 Durée de l'adhésion au contrat

**L'adhésion au contrat collectif produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année pour une durée de un an dans les conditions définies dans la présente notice d'information, sauf dénonciation selon les modalités définies ci-après à l'article 5 et sous réserve des dispositions de l'article 4.**

### 3.6 Expiration des droits au bénéfice de la déduction prévue par l'article L.863-2 – prolongation de l'adhésion au contrat collectif « Accès Santé »

Conformément aux dispositions de l'article L.863-7 du code de la Sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié du contrat collectif, reçoit de la Mutuelle ou de l'Union gestionnaire, la proposition:

- ⊖ soit de prolonger son adhésion pour une période d'un an,
- ⊖ soit de souscrire un autre contrat parmi les contrats sélectionnés.

**Si l'adhérent choisit de prolonger son adhésion au contrat collectif, il bénéficie du même tarif que celui applicable aux autres bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé, sans la déduction opérée au titre de l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale.**

### Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer auprès de sa Mutuelle ou Union gestionnaire, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, la perte du bénéfice de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ainsi que tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

En cas de perte du bénéfice de l'aide au paiement d'une complémentaire santé en cours d'adhésion, l'adhésion sera résiliée dans les conditions visées à l'article 5.1.3. Toute modification d'un des autres critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 8.

### 4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	À la date de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité (sous réserve qu'il figure sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent).	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires (sous réserve qu'ils figurent sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent).	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

## 4.2 Autres modifications

### 4.2.1 Cas général

Les autres modifications prendront effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle ou Union gestionnaire.

### 4.2.2 Cas particuliers des modifications tenant à la durée de la déduction de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé et à ses demandes de renouvellement

Se reporter aux articles 3.2.3 et 3.2.4 ci-dessus.

## Article 5 • Résiliation des garanties, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

### 5.1 À l'initiative de l'adhérent

#### 5.1.1 Résiliation anticipée par l'adhérent en cas de non-respect des engagements pris par les coassureurs au titre du contrat collectif

Aux termes de l'article R.863-15-I du code de la Sécurité sociale, s'il est constaté que les coassureurs ne respectent pas les engagements pris dans le cadre du contrat collectif, ledit contrat peut être radié par le Ministre chargé de la Sécurité sociale de la liste des contrats sélectionnés.

La Mutuelle ou l'Union gestionnaire informe, dans un délai d'un (1) mois à compter de l'arrêt de radiation, l'adhérent des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L.863-2, pour lui permettre de résilier son adhésion au contrat collectif dans un délai de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de cette information.

À compter de la date de publication de l'arrêt de radiation, le contrat collectif ne pourra plus donner lieu à adhésion avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale.

En cas de résiliation à ce titre par l'adhérent, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire lui rembourse la part des cotisations correspondant à la période pendant laquelle la garantie n'a pas couru.

Les coassureurs informeront dans le même délai, l'ACS-P souscripteur du contrat collectif.

#### 5.1.2 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin aux garanties ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à sa Mutuelle ou Union gestionnaire une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle ou Union gestionnaire jusqu'à cette même date.

#### 5.1.3 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.



Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que sa Mutuelle ou Union gestionnaire n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Perte de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par l'adhérent	
Attribution de la CMU à l'adhérent	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire frais de santé	
Remise d'une nouvelle notice d'information après modification du contrat collectif	La résiliation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci ait été faite dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

La Mutuelle ou Union gestionnaire rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

#### 5.1.4 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que sa Mutuelle ou Union gestionnaire n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire frais de santé	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Perte de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par l'adhérent	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

## 5.2 À l'initiative de la Mutuelle ou Union Gestionnaire

### 5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle ou Union gestionnaire peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 10.3.

### 5.2.2 En cas de perte des droits survenue en cours d'adhésion

À la fin du mois suivant la perte des droits à l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé survenue en cours d'adhésion, la Mutuelle ou Union gestionnaire procédera d'office et sans autre avis de sa part à la résiliation de son adhésion.

### 5.2.3 Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la couverture accordée à l'adhérent par le contrat collectif est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les coassureurs qui le garantissent, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux coassureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues de l'exercice civil en cours, à titre de dommages et intérêts.**

## 5.3 À l'initiative du souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P

**En sa qualité de souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P a la faculté de procéder à la résiliation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article 19.3 ci-après.**

## 5.4 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle ou Union gestionnaire. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à sa Mutuelle ou Union gestionnaire la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services associés à son adhésion dont il bénéficiait au titre de son adhésion au contrat collectif et au titre de son adhésion à sa Mutuelle dont il était membre participant.

## Chapitre II

# GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

## Article 6 • Cadre général

### 6.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties Santé telles que retenues sur ledit bulletin à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci selon les modalités des articles 3.4 et 4.1 décrites.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet des garanties sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 10 ci-dessous.

L'adhérent ne peut changer de niveau de garantie en cours d'année. Il ne pourra le faire que lors du renouvellement de son adhésion.



## 6.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le versement des prestations est soumis à l'intervention de l'assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

**En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire des conseils d'Administration des coassureurs, les montants des remboursements des coassureurs demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.**

## 6.3 Pluralité de garanties frais de santé

**Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.**

## 6.4 Limites de remboursement

**Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent :**

- ⊖ excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit,
- ⊖ dépasser les plafonds d'indemnisation fixés aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

## 6.5 Garanties solidaires conformes au cahier des charges des contrats responsables et au cahier des charges tel que prévu par le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats ACS

**Le contrat collectif respecte le dispositif des contrats solidaires :**

Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires.

**Le contrat collectif est conforme au cahier des charges des contrats responsables tel que prévu aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.**

**À ce titre et dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, les garanties ne prennent pas en charge :**

- ⊖ la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- ⊖ la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- ⊖ les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.
- ⊖ les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale, en cas de prolongation de l'adhésion au contrat collectif dans les conditions visées à l'article 3.6.

## 6.6 Non prise en charge de certaines prestations

**Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par les coassureurs :**

- ⊖ les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements

**d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie obligatoire ;**

- ⊖ les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

## Article 7 • Versement des prestations

### 7.1 Ouverture des droits aux remboursements des prestations

L'ouverture des droits aux remboursements des prestations prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion telle que mentionnée à l'article 3.4.

Les dépenses de santé engagées antérieurement à la date d'ouverture des droits aux prestations ne sont pas prises en charge.

Pour les bénéficiaires inscrits postérieurement à l'adhésion, la date d'ouverture des droits à remboursement de prestations correspond à la date indiquée à l'article 4.1.

### 7.2 Règlement des prestations

#### 7.2.1 Dispense d'avance de frais (tiers payant)

La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à mettre en place la dispense d'avance de frais à hauteur des garanties prévues par le contrat collectif pour les soins de ville, à l'exception des frais d'optique et d'audioprothèse, dans les conditions prévues dans le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence paru au Journal officiel de la République Française du 17 décembre 2014.

#### 7.2.2 Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime d'assurance maladie obligatoire français, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle ou Union gestionnaire calcule le remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

#### 7.2.3 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- ⊖ Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique et les vaccins pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- ⊖ Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- ⊖ Les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ou la maternité ;
- ⊖ Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement de l'orthodontie.

#### 7.2.4 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- ⊖ des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;

- ⊖ des documents nécessaires à la Mutuelle ou Union gestionnaire pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées, ou tout autre document justificatif) ;

- ⊖ si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

**Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la Mutuelle ou Union gestionnaire.**

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle ou Union gestionnaire par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle ou Union gestionnaire sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle ou Union » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle ou Union gestionnaire des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

### 7.2.5 Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

### 7.3 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle ou Union gestionnaire se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

**En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge.**

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle ou Union gestionnaire, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime d'assurance maladie obligatoire.

## Chapitre III

# COTISATIONS

## Article 8 • Détermination des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction de la garantie choisie, du Régime d'assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance -1).

Les cotisations varient avec l'âge des bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant des cotisations.

Ces dernières s'entendent toutes taxes comprises et sont maintenues sur la base de ceux qui ont été retenus à l'issue de la procédure de mise en concurrence, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015 jusqu'à l'échéance du contrat collectif, sous réserve de la possibilité, pour les conseils d'Administration des coassureurs, de procéder à une revalorisation annuelle ultérieure telle qu'indiquée à l'article 9 ci-après.

## Article 9 • Évolution des cotisations

En cas de revalorisation annuelle des cotisations, les coassureurs s'engagent à limiter ladite revalorisation à l'évolution annuelle de l'objectif national d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année antérieure, conformément aux dispositions prévues au point V Tarification dans le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence paru au Journal Officiel de la République Française du 17 décembre 2014 ; cette revalorisation s'applique aux tarifs hors taxes du contrat collectif.

Toutefois, et à titre dérogatoire, des demandes ponctuelles des coassureurs relatives à des variations tarifaires dans des proportions plus importantes que celles susmentionnées - notamment dès lors que des changements à caractère significatif sont intervenus (*aggravation de la sinistralité, évolution démographique et modification de la réglementation*) - pourront être soumises au pouvoir responsable du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

## Article 10 • Paiement de la cotisation

### 10.1 Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

### 10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle ou Union gestionnaire se réserve le droit :

- ⊖ de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- ⊖ d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- ⊖ d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

### 10.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle ou Union gestionnaire à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle ou Union gestionnaire, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leur effet le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle ou Union gestionnaire la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle ou Union gestionnaire de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau, sous réserve qu'il bénéficie de la déduction visée à l'article L863-1 du code de la Sécurité sociale, :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle ou Union gestionnaire dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- à défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée comme une nouvelle adhésion.

## Chapitre IV

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### Article 11 • Couverture des accidents

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire prennent à leur charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au contrat collectif et selon les modalités prévues ci-après.

Ils se réservent le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

##### 11.1 Recours subrogatoire

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire sont subrogés de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par les coassureurs ou le cas échéant, par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

##### 11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à sa Mutuelle ou Union gestionnaire, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par ladite Mutuelle ou Union.

À défaut d'information par l'adhérent, les coassureurs ou le cas échéant la Mutuelle ou l'Union gestionnaire se réservent le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

##### 11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire n'interviennent dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

Toutefois, lorsque les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire sont signataires de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, ils participent aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

#### 11.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne leur incombent pas ou ne leur incombent que partiellement, et si les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire effectuent le tiers payant des frais à titre d'avance, ils pourront intervenir en tiers payant subrogés de plein droit dans leur action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

#### Article 12 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou Union gestionnaire en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par les coassureurs ou le cas échéant, par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou son ayant droit à la Mutuelle ou Union gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### Article 13 • Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (I) le recouvrement et le contentieux (II) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (III) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (IV) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (V) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription



ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité, auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont reprises sur le bulletin d'adhésion.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

## Article 14 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'assurance maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre leur Mutuelle ou Union gestionnaire et leur caisse d'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur Mutuelle ou Union gestionnaire et leur régime d'assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à leur Mutuelle ou Union.

## Article 15 • Vigilance financière – Lutte anti-blanchiment

La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à mettre en place des systèmes d'évaluation et de gestion des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme conformément à l'article L561 du code Monétaire et Financier et aux articles R211-28 et suivants du Code de la Mutualité.

La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à faire toutes les déclarations nécessaires à la cellule TRACFIN.

## Article 16 • Réclamations - Médiation

Les modalités d'examen des réclamations des adhérents s'établissent selon la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) n°2016-R-02 du 14 novembre 2016 et sont à la disposition des adhérents en s'adressant auprès de leur Mutuelle ou Union gestionnaire.

Les conditions et modalités de saisine du médiateur sont transmises sur demande, par la Mutuelle ou Union gestionnaire.

## Article 17 • Droit de renonciation dans le cas d'une adhésion à distance

En cas de conclusion de l'adhésion individuelle selon une technique de communication à distance ou en dehors d'un établissement représentant la Mutuelle distributrice, conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours

à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle ou à l'Union gestionnaire.

Cette renonciation devra prendre la forme d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Mutuelle ou à l'Union gestionnaire. Elle sera rédigée comme suit : « Je soussigné(e) ...(*nom/prénom*) N° d'adhérent...*demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties « intitulé de la garantie souscrite) et entend recevoir dans un délai maximum de 30 jours , la restitution de l'intégralité de ma cotisation déjà versée, soit...€ ».* La Mutuelle ou l'Union gestionnaire s'engage à restituer à l'adhérent l'intégralité de la somme versée dans le délai convenu.

Les éventuelles prestations versées pendant cette période seront déduites par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire de la cotisation remboursée, et ce dans un délai de 30 jours à compter de la demande.

## Article 18 • Modification du contrat collectif

Toute modification ultérieure du contrat collectif s'effectue par voie d'avenants signés par les représentants légaux du souscripteur l'ACS-P et des coassureurs.

Les adhérents seront informés des modifications par remise d'une nouvelle notice d'information.

## Article 19 • Durée du contrat collectif - Résiliation - Conséquence du retrait d'un des coassureurs

### 19.1 Durée du contrat collectif

Le contrat collectif « Accès Santé » prend effet au 1<sup>er</sup> juillet 2015 et est conclu pour une durée de trois (3) ans correspondant à la première durée d'obtention de l'inscription du contrat collectif conformément à l'article 2 du décret N° 2014-1144 du 08 octobre 2014, sur la liste de ceux donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la Sécurité sociale et expirant le 30 juin 2018.

Toutefois, dans la mesure où les adhérents ont la possibilité, conformément à l'article L 863-7 du code de la Sécurité sociale, de choisir de prolonger leur adhésion, dans les conditions prévues à l'article 3.6 ci-dessus, le contrat collectif pourra être prolongé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'adhésion en cours (*soit au plus tard jusqu'au 30 juin 2019*).

### 19.2 Conséquence du retrait d'un des coassureurs

Les adhérents sont informés dans un délai d'un mois à compter de la date de prise d'effet du retrait d'un des coassureurs, par leur Mutuelle ou Union gestionnaire de ce retrait, de l'éventuel rajout de coassureur(s), du maintien de leurs garanties et de la possibilité, s'ils le souhaitent de résilier leur adhésion au contrat collectif dans un délai de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de cette lettre d'information.

### 19.3 Résiliation du contrat collectif par le Souscripteur

Le souscripteur, l'Association ACS-P, peut résilier le contrat collectif annuellement, par lettre recommandée adressée à la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE, apériteur, au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

## Article 20 • Autorité de contrôle

Les coassureurs et les Mutuelles et Unions gestionnaires sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), située 4 Place de Budapest - CS92459 - 75436 PARIS CEDEX 9.

**ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES POPULATIONS EN PRÉCARITÉ (ACS-P)**, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, dont le siège social est situé 143 rue Blomet – 75015 PARIS.

Accès Santé est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'ACS-P au profit de ses membres auprès des co-assureurs suivants :

**HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57, ayant son siège social 143 rue Blomet, 75015 PARIS,

**ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 311 799 878, ayant son siège social 25, Place de la Madeleine, 75008 PARIS,

**APREVA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 627 391, ayant son siège social 30, avenue Denis Cordonnier, 59000 LILLE Cedex,

**EOVI-MCD MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 317 442 176, ayant son siège social 173, rue de Bercy, CS 31802, 75584 PARIS Cedex 12,

**SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 383 143 617, ayant son siège social 47, rue Maurice Flandin, 69003 LYON,

**MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE (MCDef)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 784 621 476, ayant son siège social 45 rue de la Procession, 75739 PARIS CEDEX 15,

**MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 499 982 098, ayant son siège social 6 rue Bouchardon, CS 50070, 75481 PARIS Cedex 10,

**MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 685 399, ayant son siège social 3 square Max-Hymans, 75015 PARIS,

**MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 678 584, ayant son siège social 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS,

**MUTUELLE OCIANE GROUPE MATMUT**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 434 243 085, ayant son siège social 35, rue Claude Bonnier, 33054 BORDEAUX Cedex,

**UNION HARMONIE MUTUALITE**, Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 350 879 078, ayant son siège social 143, rue Blomet, 75015 PARIS.







Ma mutuelle va plus loin

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086.  
Siège social : 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex.

**Harmonie Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLU5ZH89G4TDS7.  
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

