

PH SERVICES

Contrat Maladie – Chirurgie – Maternité

Surcomplémentaire N° 60200902



NOTICE D'INFORMATION

destinée à la catégorie des personnes assurables :

Les praticiens Hospitaliers et assimilés, les Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (P.U.P.H) et les Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitalier (M.C.U.P.H) exerçant à temps plein, à temps réduit ou à temps partiel et membres de l'association P.H. SERVICES.

La vie du contrat	2
Comment adhérer et quelles sont vos garanties ?	2
Qui sont les bénéficiaires du régime ?	2
Quand débute la garantie ?	2
Quelles sont les formalités d'affiliation ?	2
Quels sont les remboursements prévus ?	2
Tableau de garanties (y compris le régime de base – convention n°200902)	3
Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?	4
Comment se faire rembourser ?	5
Quelles sont les conditions de maintien ou de cessation de vos garanties ?	6
Le maintien de vos garanties	6
Quelles règles encadrent votre contrat ?	7
Le cadre de vos garanties	7
Contrat Non Responsable	7
Territorialité	7
Réclamation	7
Médiation	7
Les clauses juridiques	7
Prescription	7
La protection de vos données personnelles	7
Lexique	9

La vie du contrat

Comment adhérer et quelles sont vos garanties ?

Qui sont les bénéficiaires du régime ?

Est bénéficiaire :

➤ L'assuré

VOUS, assuré ayant souscrit le contrat, dès lors que vous appartenez à la « catégorie des personnes assurables » ;

ou

VOUS, ancien(ne) assuré(e) ayant souscrit le contrat, dès lors que vous apparteniez à la « catégorie des personnes assurables », retraité;

et que vous avez souhaité adhérer au présent contrat.

De fait, vous sont rattachés les mêmes bénéficiaires que ceux qui sont affiliés au régime de base au titre du contrat 200902, et le cas échéant :

➤ Le conjoint

Votre époux(se) ou votre partenaire lié par un PACS, bénéficiant ou non de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime.

A défaut, votre concubin est assimilé au conjoint. Votre concubin est la personne vivant avec vous, qu'il bénéficie ou non de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime, à condition que vous soyez tous les deux libres de tout lien matrimonial ou PACS et, sous réserve, que vous ayez transmis une attestation sur l'honneur de vie maritale.

➤ L'enfant

Votre enfant à charge fiscale, ou remplissant l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 20 ans ;
- être âgé de moins de 28 ans ;
 - poursuivre des études secondaires ou supérieures,
 - sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance, à la recherche d'un premier emploi (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi),
- bénéficiaire des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant.

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus et qu'il ait droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime, est considéré comme bénéficiaire :

- l'enfant pour lequel vous êtes tenu(e)s de verser une pension alimentaire fixée par décision de justice ou par convention, telle que prévue par les articles L229-1 et suivants du Code civil relatifs au divorce par consentement mutuel,
- l'enfant de votre conjoint (ou concubin), à leur charge fiscale et s'il exerce l'autorité parentale sur l'enfant.

Quand débute la garantie ?

Seuls les soins engagés après l'admission d'un bénéficiaire peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Vous pouvez bénéficier de la garantie :

- dès la prise d'effet du contrat, si votre demande d'adhésion est adressée dans les 3 mois suivants la date d'effet (cachet de la poste faisant foi),
ou
- dès que vous appartenez à la « catégorie des personnes assurables », si votre demande d'adhésion est adressée dans les 3 mois suivant (cachet de la poste faisant foi).

Passé ce délai, vous bénéficiez de la garantie au plus tôt, le 1^{er} jour du trimestre suivant la réception de votre demande à condition qu'elle soit adressée, au plus tard avant les 15 jours précédents (cachet de la poste faisant foi).

Votre conjoint et votre enfant peuvent bénéficier de la garantie dès votre date d'affiliation ou à la date à laquelle est intervenu votre changement de situation de famille (mariage, PACS, adoption ou naissance d'un enfant).

Votre adhésion est souscrite à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 Décembre à minuit de l'exercice considéré. Elle se renouvelle ensuite automatiquement le 1^{er} Janvier de chaque année pour une durée d'un an. **Vous êtes libre de résilier votre adhésion au 31 Décembre de chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au moins deux mois avant cette date. Votre radiation entraîne la résiliation de l'adhésion de l'ensemble des Bénéficiaires qui vous sont rattachés et vous ne pourrez demander une nouvelle adhésion qu'après un délai de 2 ans à compter de la résiliation de votre adhésion.**

ATTENTION : si vous ne remplissez pas les conditions pour être affilié au contrat, vous ne pourrez pas bénéficier des garanties, même si par erreur la cotisation a été versée.

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous complétez le **Bulletin Individuel d'Affiliation** que vous retournez à l'adresse indiquée, dûment signé et accompagné des documents demandés.

Si votre situation de famille évolue (mariage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant), il convient de nous retourner votre **Bulletin Individuel d'Affiliation** dûment complété, signé et accompagné des documents correspondants aux nouveaux bénéficiaires.

Quels sont les remboursements prévus ?

Le régime prévoit des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un bénéficiaire.

Ces remboursements viennent également **en complément** des prestations versées au titre du contrat n°200902.

Aussi, sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français, et, à condition qu'ils aient fait l'objet d'un remboursement au titre du contrat n°200902.

Toutefois, nos remboursements ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire dans le tableau de garanties.

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale, étant rappelé que, la base de remboursement de la Sécurité sociale en secteur non conventionné est le tarif d'autorité.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné. En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Tableau de garanties (y compris le régime de base – convention n°200902)

« GAMME OPTIMUM »

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION y compris maternité (1)		
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% FR – MR dans la limite de 300% BR	
FRAIS MEDICAUX		
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES		
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES		
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120% BR	
ACTES D'IMAGERIE (ADI) – RADIOS		
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90% BR	
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE)		
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90% BR	
GARANTIES ANNEXES		
TIERS PAYANT	Garantie accordée	

(1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. **Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.**

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 18 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

« GAMME ESSENTIEL »

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION y compris maternité (1)		
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	CONVENTIONNE 100% FR – MR dans la limite de 200% BR	NON CONVENTIONNE -
FRAIS MEDICAUX		
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		+ 50 % BR
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		+ 50% BR
ACTES D'IMAGERIE (ADI) – RADIOS Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		+ 50% BR
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE) Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		+ 50% BR
GARANTIES ANNEXES		
TIERS PAYANT		Garantie accordée

- (2) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.
Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
La participation forfaitaire de 18 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?

La procédure de tiers payant vous dispense de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

Pour recevoir votre carte de tiers payant, vous devez nous avoir transmis la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire. Nous adressons alors à chaque bénéficiaire majeur sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits (les bénéficiaires mineurs étant rattachés au bénéficiaire majeur). Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un Assuré ou en cas de résiliation du contrat, l'Assuré s'engage à restituer sa carte ou, le cas échéant, à ne plus la présenter aux professionnels de santé ou à la détruire.

Comment se faire rembourser ?

Votre demande de remboursement doit être accompagnée des documents ci-dessous, ainsi que, le cas échéant, des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, pour la même prestation.

(*) Dans tous les cas, si vous présentez votre carte de TIERS PAYANT aux Professionnels de Santé et/ou si votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous adresser le décompte de la Sécurité sociale.

Documents à nous transmettre	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* (si secteur non conventionné) → Notes d'honoraires ou factures acquittées précisant la codification des actes ou la facture T2A acquittée
Frais Médicaux	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Frais Dentaires	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée des actes effectués
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses Dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée et acquittée précisant le numéro de(s) dent(s) concernée(s) ainsi que les actes conformes à la Nomenclature en vigueur
Frais d'optique	
<ul style="list-style-type: none"> • Lunettes (verres + monture) 	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* → Ordonnance de prescription médicale → Facture détaillée et acquittée
<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles remboursées ou non prises en charge par la Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> → Ordonnance de prescription médicale datant de moins de 2 ans → Facture détaillée acquittée
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie réfractive 	→ Facture détaillée acquittée
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> → Prescription médicale → Facture acquittée
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> → Prescription médicale → Facture acquittée
Sevrage tabagique	<ul style="list-style-type: none"> → Prescription médicale → Facture acquittée
Orthopédie et Prothèses autres que dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Prothèse auditive	→ Facture acquittée
Allocation naissance / adoption	<ul style="list-style-type: none"> → Copie de l'acte de naissance ou copie du livret de famille comportant l'indication de la naissance ou de l'adoption de l'enfant → Justificatif de l'adoption de l'enfant
Cure Thermale	<ul style="list-style-type: none"> → Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Transport	→ Décompte de la Sécurité sociale* ou facture du ticket modérateur
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur et micro kinésithérapeute	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant l'acte ouvrant droit au versement de la prestation et le bénéficiaire de l'acte
Ostéodensitométrie	→ Décompte de la Sécurité sociale *
Consultation en diététique d'un enfant de moins de 12 ans	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant le bénéficiaire de l'acte
Actes de prévention	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Allocation d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> → Acte de décès ou livret de famille ou autre justificatif de la situation de famille → Facture acquittée ou justificatif notarié précisant la personne ayant supporté les frais

Attention :

- Ne sont jamais prises en considération les factures et bordereaux d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale.
- Nous nous réservons le droit de vous demander toute autre pièce que nous estimerions nécessaire à l'application de la garantie, à tout moment et quel que soit le montant de la prestation.

Le maintien de vos garanties

>> Votre contrat de travail est suspendu

En cas de suspension de votre contrat de travail, les garanties du contrat sont maintenues aux bénéficiaires, sous réserve du paiement de la cotisation

>> Vous faites valoir vos droits à la retraite

Lorsque que vous faites valoir vos droits à la retraite, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties du contrat.

Ce maintien est accordé à vos conjoint et enfant(s) qui bénéficient de la garantie par votre intermédiaire.

Votre demande d'affiliation doit nous être adressée au plus tard dans les six mois suivant votre départ à la retraite.

La garantie prend effet le lendemain de l'envoi de la demande (cachet de la poste faisant foi) et est maintenue pendant toute la durée de la retraite. Elle est souscrite pour la période comprise entre la date d'effet telle que déterminée ci-avant et le 31 Décembre à minuit de l'exercice considéré. Elle se renouvelle automatiquement le 1er Janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation de votre part, par lettre adressée au moins deux mois avant cette date.

Il est précisé que toute demande de radiation sera définitive.

Ce maintien de garanties cesse :

- en cas de non-paiement des cotisations,

- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

En cas de cessation du présent maintien ou de résiliation du contrat, vous pouvez demander à bénéficier de « **Notre proposition de maintien de la couverture MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE** ».

>> Notre proposition de maintien de votre couverture « Maladie – Chirurgie – Maternité »

Lorsque vous et vos bénéficiaires êtes radiés, qu'elle qu'en soit la raison, vous pouvez adhérer, si vous le souhaitez, à l'une des options du contrat d'accueil, que nous avons mis en place à cet effet.

Votre demande d'adhésion à ce contrat doit nous être formulée par écrit dans les 6 mois qui suivent votre radiation ou la résiliation du contrat.

Votre adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de votre demande, aux conditions tarifaires et de garanties en vigueur à cette date.

En tout état de cause, vous, votre conjoint/concubin et/ou votre enfant êtes radiés de plein droit :

- **dès que vous cessez d'appartenir à « la catégorie des personnes assurables »** même si, par erreur, votre cotisation n'a pas cessé d'être versée,
- **dès lors que vous cessez de bénéficier du contrat n°200902,**
- **à la date de résiliation du contrat** (la résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les bénéficiaires présents à la date de résiliation).

Quelles règles encadrent votre contrat ?

Le cadre de vos garanties

Contrat Non Responsable

Le contrat ne s'inscrit pas dans le cadre législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité).

Il ne bénéficie donc d'aucun avantages fiscaux et sociaux.

Territorialité

Les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion de la présente notice, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré et/ou le Bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire peut adresser sa **réclamation écrite par courrier postal** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali - Service Réclamations
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

Nous accuserons réception de la demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous, nous ou un de vos bénéficiaires.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre Service Réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de la FFA, en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'une fois la réponse apportée par le Service Réclamation à votre demande.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Les clauses juridiques

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances reproduit ci-dessous :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents, atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

Conformément aux dispositions de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La protection de vos données personnelles

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 Janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, La Compagnie peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

**Generali Vie - Conformité
75447 PARIS CEDEX 09.**

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

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

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

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, 75007 PARIS.

Cas spécifique de lutte contre la fraude à l'assurance :

Vous êtes également informé que Generali met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali.

Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Lexique

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). Ses honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurances maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale (Secteur 3). Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de l'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

. Et l'établissement non conventionné et non agréé : la Sécurité sociale n'accorde aucun remboursement.

F

Frais réels

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} Janvier 2008.

M

Médecins signataires / non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM),
ou

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO).

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en consultant [l'annuaire santé d'ameli.fr](http://annuaire.santé.ameli.fr).
(www.annuaire.santé.ameli.fr)

En tout état de cause, dans le « contrat responsable », le remboursement prévu pour la consultation d'un médecin signataire bénéficiera du meilleur remboursement prévu au contrat pour ce poste.

P

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. **A titre indicatif**, au 1^{er} Janvier 2018, sa valeur est de 3311 €. Pour rappel, sa valeur au 1^{er} Janvier 2017 est de 3269 € (le montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

T

Tarif d'autorité

C'est un tarif forfaitaire sur lequel l'Assurance Maladie se base pour calculer le remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.