

CONDITIONS GENERALES
CONTRAT GARANTIES SANTE
« Côté JE »

L'objet du contrat

Ce contrat permet de couvrir les frais médicaux et chirurgicaux engagés par les personnes assurées par le contrat dans la limite des garanties souscrites et vous donne accès à des prestations d'assistance et de tiers-payant dans la limite des garanties souscrites.

Les conditions de souscription

La souscription du contrat complémentaire Garanties Santé est réservée aux clients du Groupe Caisse d'Epargne. Le contrat Complémentaire Garanties Santé est constitué du Bulletin d'Adhésion, de la Notice d'Information, du courrier intégrant la carte de Tiers Payant et des présentes Conditions Générales.

Les conditions d'intervention de votre contrat

Le contrat complémentaire Garanties Santé respecte les principes édictés par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie. De fait, la contribution forfaitaire ainsi que les pénalités prévues par la loi lors du non respect du parcours de soins ne seront pas remboursées par le présent contrat. Le contrat Complémentaire Garanties Santé répond ainsi aux critères du contrat responsable.

Les mots clé pour bien comprendre votre contrat	
Accident :	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à des accidents.
Adhérent :	Personne signataire du bulletin d'adhésion qui est cliente du groupe Caisse d'Epargne et qui est tenue au paiement de cotisations. L'adhérent doit être âgé de moins de 69 ans au moment de l'adhésion.
Année d'adhésion :	Période de 12 mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
Ascendants à charge :	Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous votre toit et fiscalement à charge est considéré comme ascendant à charge.
Auxiliaires Médicaux :	Infirmières, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes...
Bagage à main :	Effets et objets personnels transportés par le bénéficiaire à l'occasion d'un déplacement, dans la limite de 30 Kg, à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et plus généralement de tout objet de valeur. Sont assimilés aux bagages à main les cycles sans moteur (Vélos, VTT).
Base de remboursement (BR) :	Tarif utilisé par les Régimes Obligatoires comme base de remboursement.
Bénéficiaire/Assuré :	Les personnes physiques nommément désignées sur le Bulletin d'Adhésion, conjoint et membres de la famille de l'Adhérent et âgés de moins de 69 ans au moment de l'adhésion.
Bulletin d'Adhésion :	Document contractuel signé par l'adhérent permettant l'adhésion au contrat Garanties Santé.
Conjoint :	Epoux ou épouse, concubin ou concubine ou personne liée à l'Assuré par un pacte civil de solidarité.

Les mots clé pour bien comprendre votre contrat

Dépassement d'honoraires :

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et le tarif de convention.

Domicile :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent.

Forfait journalier hospitalier :

Montant forfaitaire, fixé par l'Etat et les Régimes Obligatoires, restant à la charge du malade lors d'une hospitalisation. Il correspond aux frais hôteliers liés à l'hospitalisation.

Frais d'hébergement :

Frais de nuitée, y compris petit déjeuner à l'hôtel.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin conventionné :

Médecin dont les honoraires sont remboursés par les Régimes Obligatoires en application d'un tarif de base (anciennement tarif Conventionnel). Il peut exercer en Secteur I ou en Secteur II.

Médecin non conventionné :

Médecin qui n'adhère pas à la Convention médicale avec l'Assurance Maladie. Il n'est soumis à aucune contrainte tarifaire et pratique des honoraires libres.

Médecin traitant :

Médecin généraliste ou spécialiste que le patient désigne avec son accord auprès de la Sécurité sociale pour bénéficier des remboursements liés au parcours de soins coordonnés.

Prestations :

Versement des sommes ou mise en place des services garantis à l'Assuré.

Proche :

Parent du bénéficiaire ou, à défaut, toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou l'un de ses ayants droit ou, à défaut, par IMA GIE.

Régime Obligatoire :

Régime d'assurance maladie Français qui intervient obligatoirement avant la complémentaire santé pour rembourser une part des frais de santé.

Télétransmission :

Système d'échanges informatiques mis en place entre les Régimes Obligatoires et l'Assureur afin d'éviter que vous ayez à nous adresser vos décomptes pour que nous vous réglions les prestations.

Ticket Modérateur :

Somme qui correspond à la différence entre le tarif de base du Régime Obligatoire et le remboursement effectif par celui-ci et qui reste à la charge de l'assuré.

Tiers Payant :

Prise en charge directe de tout ou partie de vos dépenses de santé. Il s'agit d'une dispense d'avance de frais.

Vos Garanties

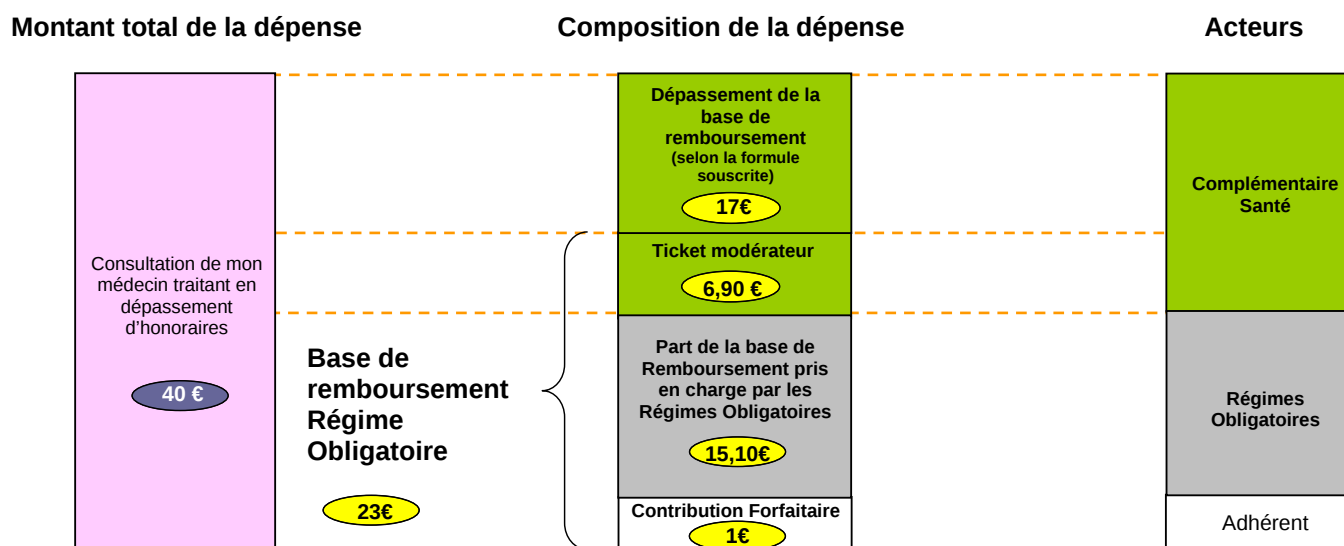
Les modalités de remboursement

L'Assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites et dispensées pendant la période de garantie, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par un Régime Obligatoire sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties figurant sur la Notice d'Information.

Les prestations sont déterminées sur la valeur fixée par la réglementation en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de celui-ci et conformément au tableau de vos garanties. Les forfaits sont accordés par année d'adhésion. Le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder la dépense réelle.

Plafonds : Les remboursements sont plafonnés selon le niveau de garantie choisi (conformément aux tableaux de garanties figurant dans la Notice d'Information) et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Schématisation des principes de remboursement (Exemple)



Vos Garanties

Les honoraires médicaux : consultations, visites, actes de radiologie, actes d'auxiliaires médicaux et actes de biologie

L'Assureur prend en charge les frais que vous avez engagés dans la limite du niveau de remboursement choisi. Les frais issus de consultation ou de visite de médecins non conventionnés sont pris en charge dans la limite du forfait par acte prévu au tableau des garanties figurant sur la Notice d'Information selon la formule souscrite et pour un maximum de 2 actes par an.

Les frais de Pharmacie

Sont pris en charge les médicaments prescrits et remboursés par les Régimes Obligatoires dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau de remboursement choisi.

Les frais de contraception et de vaccins

Lorsque ceux-ci ne sont pas remboursés par les Régimes Obligatoires et que la contraception est prescrite par un médecin, sont pris en charge les frais que vous avez engagés dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Frais d'hospitalisation

Les soins et honoraires médicaux-chirurgicaux, les frais de transport et de séjour, le forfait hospitalier

Sont pris en charge les frais que vous avez engagés dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi. L'ensemble des garanties liées à l'hospitalisation sont accordées au maximum 365 jours par hospitalisation sauf pour les hospitalisations psychiatriques pour lesquelles nous prenons en charge le forfait hospitalier, 90 jours maximum.

Forfait confort

Sont pris en charge les frais de votre chambre particulière, du lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans), de téléphonie et de télévision dans la limite du forfait prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Frais d'optique

Sont pris en charge les frais de monture, de verres et de lentilles que vous avez engagés dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi. Un pourcentage sera donc appliqué sur la base de remboursement retenue par les Régimes Obligatoires auquel peut s'ajouter un forfait annuel prévu au tableau des garanties selon la formule souscrite. Les remboursements effectués correspondront à la prise en charge d'un équipement complet par an (soit une monture et 2 verres) et se feront sur présentation de la facture. Le montant du forfait annuel dépend de la formule de garantie choisie et de la complexité des verres prescrits selon les trois catégories suivantes:

- verres de faible correction. Ils correspondent aux corrections de myopies et d'astigmatismes les plus courantes.
- verres de forte correction. Ils correspondent aux corrections de myopies et d'astigmatismes les plus importantes.
- verres progressifs et multifocaux.

Les frais pour les lentilles non prises en charge par les Régimes Obligatoires et la chirurgie de la myopie sont pris en charge dans la limite du forfait annuel retenu selon la formule choisie.

Frais dentaires : consultations, soins et prothèses

Sont pris en charge les frais dentaires remboursés par les Régimes Obligatoires dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Les frais d'implants dentaires et l'orthodontie refusés par les Régimes Obligatoires sont pris en charge dans la limite du forfait annuel déterminé selon la formule souscrite. Pour les deux premières années, un plafond d'intervention (précisé dans le tableau de garanties) sera appliqué en fonction de la formule souscrite.

La Convention Nationale des Chirurgiens Dentistes oblige à remettre un devis détaillé au client en cas de travaux prothétiques. BPCE Assurances s'engage, sur présentation de ce devis et des éventuels justificatifs selon les cas, à fournir gratuitement à l'Assuré une information préalablement à la réalisation des travaux: montant pris en charge par les Régimes Obligatoires, montant pris en charge au titre du contrat Garanties Santé « Côté JE » et montant restant à votre charge.

Vos Garanties

Autres frais

Cure thermique : le forfait thermal, le forfait de surveillance médicale, l'hébergement et le transport

Sont pris en charge les frais de cure thermique acceptée par les Régimes Obligatoires que vous avez engagés dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Frais de transport

Sont pris en charge les frais de transport prescrits et remboursés par les Régimes Obligatoires dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Prime de naissance

La naissance et l'adoption d'un enfant font l'objet du versement d'un forfait selon le niveau de formule souscrite (prévu par le tableau des garanties). Ce forfait est versé par enfant né ou adopté. La naissance et l'adoption doivent être postérieures à la date de prise d'effet du contrat et déclarées sous trois mois.

Audioprothèses, prothèses orthopédiques et autres prothèses

Sont pris en charge les frais d'audioprothèses, de prothèses orthopédiques et des autres prothèses acceptées par les Régimes Obligatoires que vous avez engagés dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi. Un pourcentage sera donc appliqué sur la base de remboursement retenue par les Régimes Obligatoires auquel peut s'ajouter un forfait annuel prévu au tableau des garanties selon le niveau souscrit. Ce forfait s'entend par appareil et par an.

Prévention

Les frais que vous avez engagés pour l'acquisition de traitements pour le sevrage tabagique prescrits par un médecin seront pris en charge dans la limite du forfait annuel de la formule souscrite (prévu par le tableau des garanties).

Par ailleurs, les actes de prévention tels que définis dans les textes réglementaires, seront pris en charge en application de la loi du 13 août 2004 et conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les prestations d'assistance

Les prestations sont assurées par IMA GIE, Groupement d'intérêt économique au capital de 3 750 000 € dont le siège est situé 118, avenue de Paris – 79033 NIORT cedex 9.

Les prestations s'assistance jouent :

- en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) survenant à l'un des bénéficiaires et nécessitant une hospitalisation de plus de 2 jours ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ;
- en cas de décès.

ASSISTANCE A DOMICILE

PRESENCE d'un PROCHE au CHEVET du PATIENT BENEFICIAIRE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un patient bénéficiaire,

- IMA GIE organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller/retour d'un proche désigné par le bénéficiaire ou son conjoint, en train 1^{ère} classe ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.
Le titre de transport pourra être mis à la disposition d'un proche au guichet de la gare ou au comptoir de l'aéroport y afférent.
Si nécessaire, le proche pourra être pris en charge par un taxi sur les trajets de proximité (dans un rayon d'une cinquantaine de kilomètres), au départ et à l'arrivée en gare ou à l'aéroport.
- IMA GIE organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

Les prestations d'assistance

AIDE-MENAGERE

- **En cas d'hospitalisation** de plus de 2 jours du bénéficiaire ou de son conjoint, IMA GIE met une aide-ménagère à leur disposition :
 - s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
 - ou à son retour au domicile.
- **En cas d'immobilisation au domicile** de plus de 5 jours du bénéficiaire ou de son conjoint, IMA GIE met une aide-ménagère à la disposition des bénéficiaires à compter du premier jour. IMA GIE prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois selon la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès du bénéficiaire ou de son conjoint.

LIVRAISON de MEDICAMENTS

Lorsque le bénéficiaire ou son conjoint est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours et que ni lui ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA GIE se charge de les rechercher à la pharmacie de son choix et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

EN CAS de RADIOTHERAPIE ou de CHIMIOTHERAPIE

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA GIE met à la disposition du bénéficiaire une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation (enfants à charge, durée du traitement...).

GARANTIES MEDICALES

- **Conseils médicaux**
Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA GIE. Ces conseils ne peuvent cependant en aucun cas être considérés comme des consultations médicales.
- **Transport en ambulance**
Hors urgence médicale, IMA GIE met à la disposition du bénéficiaire, sur prescription médicale, son réseau d'ambulanciers agréés pour tout transport entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA GIE organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie s'applique généralement pour transporter un assuré hospitalisé loin de son domicile vers une structure hospitalière proche de son domicile. Dans certains cas, l'état de l'assuré (décision médicale) ne nécessite pas le transport vers une structure hospitalière. Dans ce cas, le lieu de destination de l'assuré sera son domicile.

PROLONGEMENT DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA GIE prennent fin, IMA GIE propose aux bénéficiaires qui le souhaitent le prolongement sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par IMA GIE. Le montant de ces prestations reste toutefois à la charge du bénéficiaire.

Les prestations d'assistance

DEMARCHES ADMINISTRATIVES ET SOCIALES

A la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel survenus au bénéficiaire ou à son conjoint, et sur simple appel téléphonique de son domicile, IMA GIE s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer les informations suivantes, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés :

- **Organismes sociaux – ouverture des droits**

Garanties : - remboursement des frais médicaux et hospitaliers
 - indemnités journalières
 - rentes et pensions d'invalidité

- **Démarches auprès de l'employeur**

- **Caisses d'allocation familiales**

- **Aide sociale**

- **Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique :**

- **santé** don du sang ou d'organes
 dossiers médicaux
 médecine scolaire
 responsabilité médicale, paramédicale
 sécurité sociale
- **droit du travail**..... travail temporaire
 travail à domicile
 les contrats de travail
 travail à temps partiel
 fonction publique
 licenciement
 chômage
 accidents du travail.

ASSISTANCE DEPLACEMENT

RAPATRIEMENT SANITAIRE

- En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.
- Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA GIE, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

ATTENTE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA GIE organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Les prestations d'assistance

VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par jour, pour une durée maximale de 7 jours.

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 15 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER

A l'étranger, à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, IMA GIE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 80 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA GIE et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA GIE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

RECHERCHE ET EXPEDITION DE MEDICAMENTS ET PROTHESES

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. A défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA GIE organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition au bénéficiaire de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge du bénéficiaire, IMA GIE pouvant en avancer le montant si nécessaire.

FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée.

A l'étranger, IMA GIE prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

ASSISTANCE EN CAS DE DECES

- Décès d'un bénéficiaire en déplacement

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

Les prestations d'assistance

- Retour anticipé en cas de décès
 En cas de décès du conjoint, d'un ascendant en ligne directe au premier degré ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement (tels que définis plus haut).
 Les mêmes dispositions sont applicables sur décision des médecins d'IMA GIE en cas d'attente d'un décès imminent et inéluctable.

ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES

- **Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un blessé ou d'un malade**
 Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA GIE organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

RENSEIGNEMENTS

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage : attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées
- pendant le voyage : choix d'établissement hospitalier
- et au retour du voyage : tout événement médical survenant dans les suites immédiates.

Ces renseignements et conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

De même, des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA GIE :

- Les soins externes*,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal*,
- Les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA GIE au titre des garanties,
- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.)
- Les frais de transports primaires*, les frais de secours d'urgence et les frais de recherche*,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- Les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- Les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors de toute intervention à la suite de blessure, malformation ou lésion liées à des maladies,
- Les rechutes de maladies antérieures comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire préalablement à l'affectation,
- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
- Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA GIE, sauf cas de force majeure.

* Soins externes : toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins dentaires ou optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation.

* Déroulement normale d'une grossesse : grossesse qui ne présente pas de complication selon l'avis médical des médecins d'IMA GIE

* Frais de transport primaire : ce sont les frais engagés pour des transports effectués en vue soit de l'admission d'un patient dans un établissement, soit de sa sortie définitive.

* Frais de recherche : ce sont les frais engagés par les services de secours habilités.

Le Tiers-payant

Nous avons mis en œuvre un dispositif pour vous permettre d'éviter d'avoir à avancer toute ou partie des remboursements auxquels vous avez droit au titre de votre contrat.

Ce service vous sera accordé par les professionnels de santé sur présentation de votre carte de tiers-payant. La dispense d'avance de frais sera réalisée en fonction du niveau de remboursement choisi et des accords que nous avons établis. Le tiers-payant sera ainsi acquis pour les frais engagés auprès des professionnels de santé acceptant ce service.

Le règlement des prestations

Nous nous engageons à traiter vos demandes de remboursement en 48H dès réception du dossier complet. Nous vous adressons dans le mois suivant votre demande de remboursement, un bordereau récapitulatif (papier ou mail) détaillant vos remboursements traités. En cas de remboursement supérieur à 80€, le bordereau sera envoyé dès que le traitement sera effectué. Afin de procéder à vos remboursements, vous devez nous faire parvenir tous les justificatifs des frais engagés.

Expertise médicale

Dans le cadre du versement des prestations, nous nous laissons la possibilité de vous faire procéder un examen médical. Si vous refusez ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont suspendues après l'envoi d'une mise en demeure. Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par votre médecin, il est fait appel à un troisième praticien pour arbitrer. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de BPCE Assurances, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve votre domicile, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées devront nous être restituées.

Les Exclusions de garanties

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires *
- les centres hospitaliers et assimilés * pour les personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours *
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés
- la contribution et les pénalités prévues dans le cadre du non respect du parcours de soins

* tels que les définis l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Vie du contrat

Territorialité

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par les Régimes Obligatoires Français et que la durée de votre déplacement n'excède pas 90 jours.
 Les remboursements sont effectués en France et en Euro.

Prise d'effet des garanties

Le contrat prend effet à la date précisée sur le Bulletin d'Adhésion à 0h, pour une durée d'un an. A cette date, toutes les garanties vous sont acquises. Votre contrat se renouvellera ensuite annuellement par tacite reconduction, à sa date anniversaire.
 Toute modification pour inscrire une naissance/adoption peut prendre effet le jour de la demande. La prise d'effet pour toutes autres demandes de modification sera au plus tôt le 1^{er} du mois suivant celui de la demande d'avenant. Par ailleurs, une demande de modification de contrat pour accéder à une formule inférieure à celle en vigueur ne pourra être effectuée que si la formule actuelle a été conservée au moins un an.

Vos déclarations

A la souscription, vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité ; votre cotisation et vos garanties en dépendent. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances. Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraînera une résiliation du contrat moyennant un préavis de 10 jours conformément à l'article L113-9 du Code des Assurances.

En cours de contrat, vous devez nous déclarer pour vous-mêmes et les autres personnes assurées au contrat, les événements suivants : changement de domicile, modification dans la composition de la famille assurée, changement de situation au regard des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, changement de vos activités professionnelles habituelles.

Ces déclarations doivent nous être faites, dans un délai de 15 jours, à partir du moment où vous avez connaissance de ces événements. En cas de déclaration tardive, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard nous a causé un préjudice.

Cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement mensuel ou trimestriel selon le mode de paiement choisi. Il en est alors fait mention dans le Bulletin d'Adhésion. Les cotisations sont susceptibles d'être révisées, chaque année par l'Assureur. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié via l'avis d'échéance. En cas de désaccord, vous devez nous en aviser au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de votre avis d'échéance. Ce refus entraîne la résiliation de votre contrat à l'échéance. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté le changement de montant.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre le paiement en justice, nous adresserons à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, le contrat sera résilié de plein droit mais les cotisations seront toujours dues.

Prescription

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de l'acte. A défaut de respecter ce délai, l'Assuré ne pourra obtenir le remboursement de ces frais. Par ailleurs, toute action dérivant d'opérations liées aux présentes garanties est considérée comme prescrite après un délai de 2 ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits contre le tiers responsable, à concurrence des prestations et indemnités que nous vous avons versées, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Vie du contrat

Résiliations

Les garanties cessent :

- A chaque échéance anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois. Pour cela, vous devez adresser une lettre recommandée à Ecureuil Santé – Centre de Gestion de Tours – TSA 80004 – 79060 NIORT Cedex 9.
- En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une partie de la cotisation. Dans ce cas, Ecureuil Santé adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure, qui sauf paiement dans le délai imparti :
 - o Suspend toutes les garanties 30 jours après son envoi. Les prestations qui surviendraient pendant cette période resteraient à votre charge, cela quelque soit leur gravité.
 - o Résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer des cotisations échues ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement éventuels. Si le paiement de la cotisation annuelle est fractionné, et qu'une de ces fractions n'est pas payée, le fractionnement est supprimé. Vous devez donc immédiatement nous régler toutes les fractions échues et à échoir de l'année d'assurance en court.

- Si l'assuré fait l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire, le contrat peut être résilié, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur.
- En cas de résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou par l'assureur.
- En cas de changement de situation de l'assuré définis à l'article L 113-16 du Code des Assurances :
 - o En cas de changement de domicile,
 - o En cas de changement de situation matrimoniale (par exemple divorce, décès du conjoint, mariage),
 - o Changement de régime matrimonial (par exemple communauté ou séparation de biens),
 - o Changement de profession,
 - o Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, et plus spécifiquement en cas d'adhésion obligatoire de l'assuré à un contrat d'assurance complémentaire entreprise,

Le contrat peut être résilié, par vous ou par nous, avec un préavis d'un mois, dans les trois mois suivant la date de l'évènement.

La résiliation ne sera effective que si la carte de tiers-payant a été adressée lors de la demande de résiliation.

Loi informatique et libertés du 06.01.1978

Les données à caractère personnel recueillies concernant l'Assuré sont nécessaires et ont pour finalités la gestion du contrat, la gestion du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur et/ou à la Caisse d'Epargne. Certaines informations peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. L'Assureur et/ou la Caisse d'Epargne est autorisé(e) par l'Assuré à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion. Il est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à ses réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat ; ce que l'Assuré autorise expressément. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur. L'Assuré a la possibilité de s'opposer, sans frais, à ce que les informations le concernant soient utilisées notamment à des fins de prospection commerciale par l'Assureur ou par ses partenaires commerciaux. L'Assuré peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège administratif de l'Assureur.

Médiation

En cas de litige relatif à votre contrat, consultez d'abord votre interlocuteur Caisse d'Epargne habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Ecureuil Santé – Centre de gestion de Tours – Service consommateur – TSA 80004 – 79060 NIORT Cedex 9.

Si enfin votre désaccord persiste après notre réponse, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées sur simple demande au service consommateur.

Comment nous contacter

Un nouveau numéro unique et non surtaxé est mis à votre disposition depuis le 1^{er} mai 2009.
Il vous suffit de composer le **09 69 36 45 45** et depuis l'étranger le + **00 33 9 69 36 45 45**

POUR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE SANTE, vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi de 9h à 18h sauf les jours fériés. Vous devez nous adresser les justificatifs nécessaires. Nous nous réservons la possibilité de vous faire procéder à une expertise médicale.

Vous pouvez également nous joindre aux adresses suivantes :

Ecureuil Santé

Centre de gestion de Tours

TSA 80004

79060 NIORT Cedex 9

Ou par e-mail à : gestion@ecureuil-sante.fr

POUR VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE, vous pouvez nous joindre à ce même numéro 24H/24 et cela 7J/7.

Informations complémentaires

- Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles et de rédiger les présentes dispositions contractuelles en langue française.
- La Caisse d'Epargne est adhérente au Fonds de garantie des dépôts, 4 rue Halévy 75009 Paris.
- La Commission Bancaire est l'autorité chargée du contrôle de la Caisse d'Epargne, située 73, rue de Richelieu 75002 Paris.
- La loi applicable à la présente convention est la loi française. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
- En cas de contestation, l'assuré peut s'adresser à l'agence de sa Caisse d'Epargne et, à défaut de solution, au Médiateur du Groupe Caisse d'Epargne - TSA - 10170 - 75665 Paris Cedex 14.
- Les sociétés d'assurances sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.
- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.