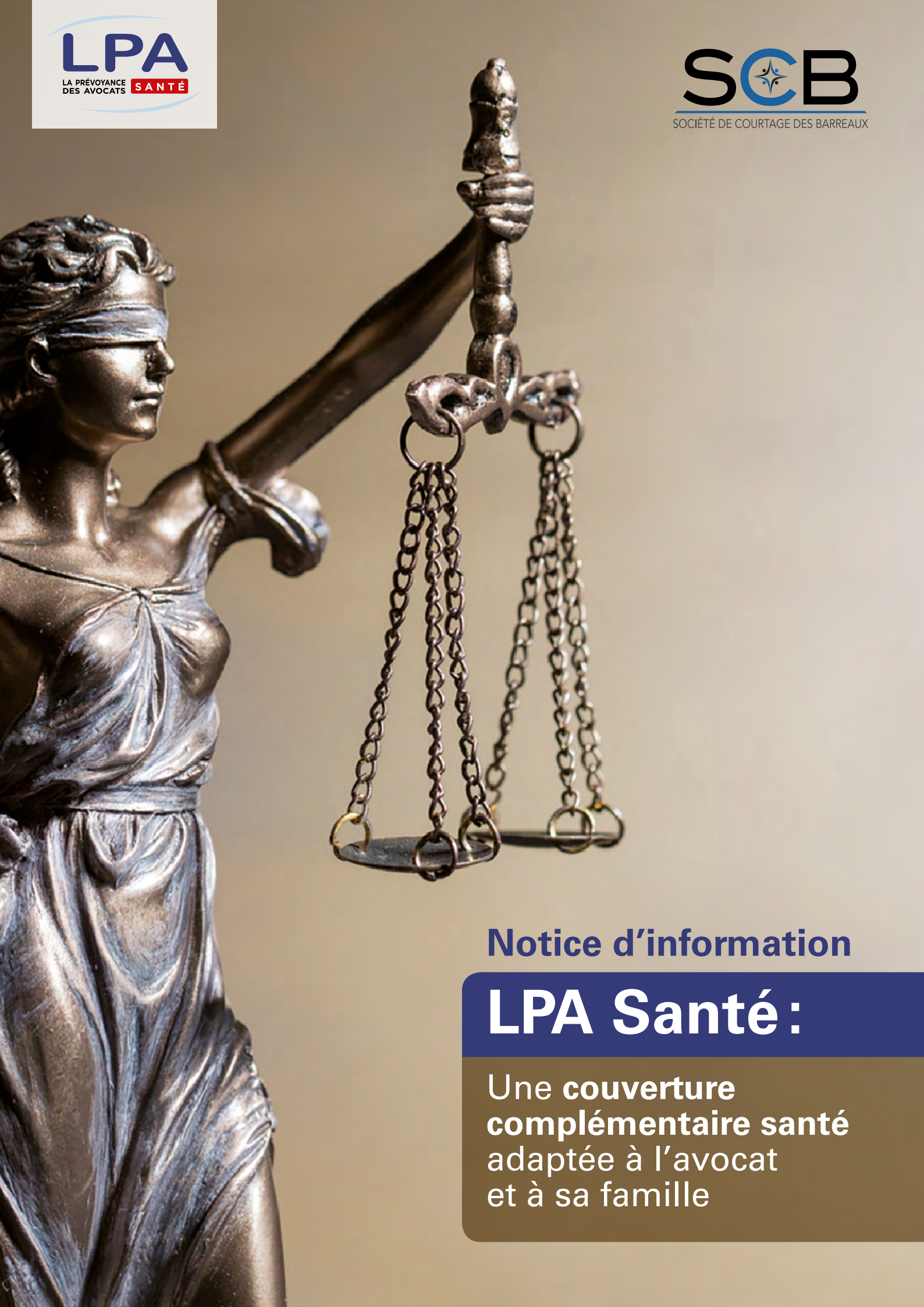
LPA
LA PRÉVOYANCE DES AVOCATS SANTÉ

SCB
SOCIÉTÉ DE COURTAGE DES BARREAUX



Notice d'information

LPA Santé :

Une **couverture complémentaire santé** adaptée à l'avocat et à sa famille

LA COMPLÉMENTAIRE LPA SANTÉ

POUR UN MEILLEUR REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE SANTÉ

LPA
LA PRÉVOYANCE DES AVOCATS SANTÉ

TABLEAU DES GARANTIES

Contrat responsable

LPA propose

- 5 choix de garanties Santé
- Possibilité de déduire les cotisations Santé (Loi Madelin)
- Une offre spécifique adaptée aux jeunes Avocats (Neos)
- Quatre formules avec des niveaux de garanties progressifs

	Remboursement Total (dont RO)				
	NEOS	ALPHA	BÊTA	GAMMA	DELTA
SOINS COURANTS					
Médecins conventionnés ou non : Généralistes - DPTAM	Conventionnés : 100 % BR Non conventionnés : 100 % TA	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Médecins conventionnés ou non : Généralistes - NON DPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecins conventionnés ou non : Spécialistes et actes techniques, y compris la radiologie - DPTAM	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Médecins conventionnés ou non : Spécialistes et actes techniques, y compris la radiologie - NON DPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
TÉLÉCONSULTATION : Consultation de médecine par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde depuis la France et l'étranger 01 55 92 12 13					
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Honoraires auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
MÉDICAMENTS					
Médicaments à service médical rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits mais non remboursés	Néant	30 €	40 €	50 €	60 €
Vaccins refusés par la Sécurité Sociale	Frais réels				
MATÉRIEL MÉDICAL					
Appareillages et accessoires médicaux remboursés par le RO	100 % BR	200 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR
AIDES AUDITIVES					
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100 % SANTÉ TOUS LES 4 ANS					
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé (classe I à prise en charge renforcée)	Remboursement intégral				
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100 % SANTÉ TOUS LES 4 ANS					
Aides auditives hors paniers de soins 100 % santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable - Par oreille - En complément de la Sécurité Sociale	Néant	780 €	940 €	1 095 €	1 252 €
HOSPITALISATION					
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait journalier hospitalier illimité et participation forfaitaire de 18 €	Frais réels				
AUTRES PRESTATIONS					
Frais de séjour secteur conventionné	100 % BR	100 % des Frais Réels limités à 400 % BR			
Frais de séjour secteur non conventionné	90 % des Frais Réels avec un maximum de 400 % BR				
Chambre particulière (y compris maternité) / par jour	Néant	60 €	60 €	90 €	90 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) / par jour	Néant	30 €	30 €	30 €	30 €
HONORAIRES SECTEUR CONVENTIONNÉ					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (NON DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
HONORAIRES SECTEUR NON CONVENTIONNÉ					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (NON DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR

TABLEAU DES GARANTIES

Contrat responsable

	Remboursement Total (dont RO)				
	NEOS	ALPHA	BÊTA	GAMMA	DELTA
MATERNITÉ					
Forfait maternité*	Néant	150 €	300 €	400 €	400 €
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursés par le RO	100 % BR				
AUTRES PRESTATIONS CURE PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE					
Forfait hébergement et transport	Néant	150 €	300 €	400 €	
TRANSPORT MÉDICAL					
Transport médical remboursé par le RO	100 % BR	200 % BR	400 % BR	500 % BR	
OPTIQUE					
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - 100 % SANTÉ (MONTURE + VERRES) - 1 ÉQUIPEMENT TOUS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET					
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Remboursement intégral				
Une monture de classe B Adulte (associée à deux verres de classe A)	50 €	100 €			
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Remboursement intégral				
Prestation d'appairage	Remboursement intégral				
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) - 1 ÉQUIPEMENT TOUS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET					
Une monture de classe B	50 €	100 €			
Un verre simple	50 €	75 €	125 €	160 €	160 €
Un verre complexe	100 €	150 €	250 €	300 €	300 €
Un verre très complexe	100 €	150 €	250 €	300 €	300 €
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE					
Lentilles prescrites remboursées ou non par le RO (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive de l'œil par laser (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	200 €	400 €	500 €	600 €
DENTAIRE					
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ					
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé	Remboursement intégral				
SOINS DENTAIRES HORS 100 % SANTÉ					
Soins dentaires y compris Inlay-onlay remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100 % santé	100 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS					
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	125 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES					
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	125 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE					
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	600 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO (- 30 ans)	100 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	600 % BR
Implantologie (max 3 par an et par bénéficiaire)	Néant	300 €	500 €	600 €	800 €
Parodontologie, scellement des sillons (par an et par bénéficiaire)	Néant	200 €	200 €	200 €	200 €
Plafond par an et par bénéficiaire	**Sans objet**	1 000 €	1 500 €	1 500 €	2 000 €
		1 500 €	2 000 €	2 000 €	3 000 €
		2 000 €	3 000 €	3 000 €	4 000 €
Les forfaits et les taux de remboursement sont divisés par 2 durant la 1re et 2e année d'adhésion (dans les limites du contrat responsable) pour les Prothèses dentaires, l'Orthodontie et l'Implantologie.					
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION FORFAIT PRÉVENTION, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE					
Homéopathie, ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, psychologue.	Néant	30 €	40 €	50 €	70 €
Nombre de séances maximum par an et par bénéficiaire	-	3	5	5	5
En inclusion : Assistance, tiers payant généralisé, liaison NOÉMIE, consultation des remboursements sur Internet					

***** La demande d'attribution du forfait maternité ou d'adoption doit être accompagnée d'un extrait de naissance ou de jugement d'adoption et est octroyée sous réserve de l'inscription de l'enfant à la Mutuelle, dès sa naissance ou son adoption, dans les 3 mois qui suivent l'événement.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique pour l'optique et l'aide auditive.

LEXIQUE : RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - BRR : Base de Remboursement reconstituée - Rbt intégral : Remboursement intégral - TA : Tarif d'autorité - TM : Ticket modérateur - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel) - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto- rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

Contrat responsable : Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement de régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur défini forfaitairement pour les actes supérieurs à 120 € est pris en charge par la mutuelle. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel la MCCI intervient en complément.

LES RENFORTS

LPA
LA PRÉVOYANCE DES AVOCATS SANTÉ

RENFORT HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS

Garanties en complément du régime de Base*

	HOSPI 1	HOSPI 2
RENFORT HOSPITALISATION		
Dépassement d'honoraires en secteur conventionné	100 %	200 %
Dépassement d'honoraire en secteur non conventionné	100 %	200 %
Forfait chambre particulière y compris maternité/jour	30 €	50 €
Forfait lit accompagnant enfant - 16 ans/jour	20 €	40 €
Forfait **annuel supplément hôtelier**, télévision, téléphone/AN	30 €	40 €
RENFORT SOINS COURANTS CONVENTIONNÉS		
Généralistes signataires DPTAM	100 %	200 %
Généralistes non signataires DPTAM	300 %	400 %
Spécialistes, y compris actes techniques et radiologie signataires DPTAM	50 %	150 %
Spécialistes, y compris actes techniques et radiologie non signataires DPTAM	300 %	400 %
Auxiliaires médicaux et analyses	50 %	150 %
Conditions d'adhésion :		
Délais de carence de 3 mois		
Âge minimum de souscription	Aucun	
Âge maximum de souscription	50 ans	

RENFORT DENTAIRE ET OPTIQUE

Garanties en complément du régime de Base*

	OPTIDENT 1	OPTIDENT 2
Soins dentaires - Inlays Onlays	100 %	200 %
Prothèses dentaires acceptées Paniers Maîtrisés-libres	-	100 %
Orthodontie acceptée et refusée avant 30 ans	-	100 %
Implantologie	-	1 000 €
Parodontologie et scellement des sillons	-	300 €
Plafond de remboursement appliqué sur les garanties "autres prestations dentaires "par an et par bénéficiaire		
1re Année	1 000 €	1 000 €
2e Année	1 000 €	1 000 €
3e Année	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE		
Par verre simple, par verre complexe, par monture	150 €	150 €
Lentilles acceptées ou refusées (limite annuelle et par bénéficiaire)	150 €	150 €
Chirurgie réfractive de l'œil par laser (forfait annuel par œil)	200 €	400 €
Limitation du poste optique à un équipement tous les deux ans sauf mineurs et évolution de la vue de + / - dioptrie	OUI	OUI
Conditions d'adhésion :		
Délais de carence de 3 mois		
Âge minimum de souscription	Aucun	
Âge maximum de souscription	50 ans	

RENFORT BIEN-ÊTRE DIVERS

Garanties en complément du régime de Base*

	ZEN 1	ZEN 2
Ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, diététicien, homéopathe, pédicure, podologue, psychologue	40 €	50 €
Bilan orthophoniste	100 %	200 %
Ostéodensimétrie	40 €	50 €
Cryothérapie, certificat médical, test à l'effort	30 €	40 €
Conditions d'adhésion :		
Délais de carence de 3 mois ; limité à 1 séance par an		
Âge minimum de souscription	Aucun	
Âge maximum de souscription	50 ans	

** exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR).*

Angel

Véritable assistant médical personnel, **Angel** conseille, facilite les démarches et trouve des solutions adaptées pour les adhérents et leurs proches.

*Par chat via le site angel.fr et par téléphone depuis la France au **36 33** (coût d'un appel local). Depuis l'étranger +33 1 55 92 27 54.*

- Un échange illimité en toute confidentialité
- Un accès multicanal (chat ou téléphone)
- Une équipe pluridisciplinaire (médecins, diététiciens, etc.)

24/7

La **Téléconsultation** permet aux adhérents de consulter un médecin généraliste immédiatement ou un médecin spécialiste sur rendez- vous.

*Depuis la France, composez le **36 33**. De l'étranger, au + 33 1 55 92 27 54 (coût d'un appel depuis l'étranger). Par vidéo via angel.fr.*

- Secret médical protégé
- Un véritable professionnel de santé à votre écoute
- Service disponible 24h/24 et 7j/7

H

Hospiway permet aux adhérents de préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche.

Accessible depuis votre espace assuré

- Évaluation des dépassements d'honoraires du chirurgien
- Check-list et Conseils pratiques pour préparer une hospitalisation

Les Services MCCI

Préserver et améliorer votre Santé au quotidien avec **My Easy Santé**. C'est utile et efficace !

Google Play
App Store

Télécharger gratuitement l'application sur Itunes, Google Play Store ou accéder au site myeasysante.fr

- Le calcul de l'âge Santé
- Des exercices ludiques et conseils santé pour rester en forme
- Les efforts récompensés par des cadeaux

Confiance itelis

Le Réseau **Itélis** soins et bien-être**,** permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget.

Pour plus de renseignements rendez-vous sur votre espace assuré

- Des prix négociés et la qualité préservée
- 6 000 professionnels de santé Itélis : opticiens, dentistes, audioprothésistes, chirurgie de l'œil
- Un réseau élargi d'ostéopathes, diététiciens, psychologue

La **MCCI** accompagne les aidants dans toutes les étapes de leur vie et particulièrement dans les moments difficiles, avec des **Services d'assistance complets**.

*Pour plus de renseignements, composez le **36 33** ou rendez-vous sur votre espace assuré*

- Aide et accompagnement dans les démarches administratives
- Soutien psychologique (5 entretiens)
- Aide à la recherche d'établissements spécialisés
- Aide au déménagement vers un centre spécialisé

Fonds d'entraide MCCI

Le **Fonds d'entraide** sert à attribuer des aides financières et des secours liés à des dépenses de santé.

Pour plus de renseignements, contacter votre centre de gestion

- Aide exceptionnelle
- Dons ou prêt à taux zéro

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation enregistrée sous les numéros de contrats C00363 NEOS C00364 ALPHA C00365 BÊTA C00366 GAMMA C00367 DELTA pour les garanties de base et C00368 HOSPI1 C00369 HOSPI2 C00370 OPTIDENT1 C00371 OPTIDENT2 C00372 ZEN1 C00373 ZEN2 pour les renforts.

Dans l'hypothèse où les dispositions de la présente notice d'information se trouveraient en contradiction avec les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste, seules les dispositions de la présente notice prévalent.

Le présent contrat est souscrit dans le cadre d'une convention signée entre La Prévoyance des Avocats (LPA – 12, place Dauphine 75001 PARIS) et la Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie (MCCI – 26 rue Fortuny, 75017 PARIS), Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 784 718 355. Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription des contrats ci-dessus référencés est la SOCIÉTÉ DE COURTAGE DES BARREAUX - 400, chemin des Jallassières - CS30002 - 13510 Eguilles - SAS au capital variable de 40 000 € inscrite au RCS d'Aix-en-Provence B 439 831 041 - N° ORIAS 07 005 717 www.orias.fr. Le courtier d'assurance intermédiaire à la gestion des contrats d'assurance ci-dessus référencés est GENERATION - 12 bis, rue de Kerogan, 29000 Quimper - SAS au capital de 102 766,40€ inscrite au RCS de Quimper n_ 410 069 066 - N° ORIAS 07 000 872 www.orias.fr.

L'autorité chargée du contrôle de la SOCIÉTÉ DE COURTAGE DES BARREAUX et de GENERATION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

1. Les dispositions relatives au Contrat mutualiste

- La Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie (MCCI), dont le siège social est à PARIS (75017), 26 rue Fortuny, garantit, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Votre garantie frais de santé ».
- AXA Assistance France, Société Anonyme, dont le siège social est à Châtillon (92230), 6 rue André-Gide, garantit les prestations d'assistance selon les dispositions prévues à l'article « Quels sont vos services d'assistance ».

La MCCI est soumise aux dispositions du Code de la mutualité et elle est régie par la Loi française. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Les formules Neos, Alpha, Bêta, Gamma et Delta sont émises dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », défini aux articles L871-1 et L160-13 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d'applications.

1.1 Effet et durée du contrat mutualiste

Le présent contrat est établi à effet du 1er janvier 2024. Il est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2024 et se reconduit par accord tacite au 1er janvier de chaque année.

1.2 La Notice d'information

La présente Notice vous est remise à l'établissement du devis.

1.3 Information

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du contrat mutualiste, notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel de gestion qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes et à défaut à votre conseiller.

1.4 Renonciation

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

SCB – 400, chemin des Jallassières
CS 30002 – 13510 EGUILLES

L'autorité chargée du contrôle de la SCB, Société de courtage en assurances (N° ORIAS 07 005 717 - www.orias.fr) est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Par exemple, selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom prénom) .....

né(e) le .....

demeurant.....

.....

déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion au contrat mutualiste n° XXX pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.

À.....

le .....

Signature..... ».

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

1.5 Modification du contrat mutualiste

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision du contrat mutualiste auquel vous avez adhéré.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance dans un délai de 3 mois minimum avant son entrée en vigueur.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les 2 mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

1.6 Réclamations

En cas de réclamation :

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre Service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez formuler votre réclamation par écrit, auprès de :

La Prévoyance des Avocats
14, boulevard de Sébastopol
75004 PARIS

En cas de désaccord sur une réponse donnée à une réclamation, vous pouvez demander l'intervention du médiateur de la MCCI, en vous adressant à :

MCCI Médiation
26, rue Fortuny
75017 PARIS

L'autorité chargée du contrôle de la MCCI est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

1.7 Prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
- 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 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.

  Conformément à l'article L221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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.

  Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L221-12 du Code de la mutualité fait référence sont :

  - La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
  - La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
  - L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
  - L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
  - Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
  - L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
  - Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
  - L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

  Conformément à l'article L221-12-1 du Code de la mutualité, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.8 Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec la MCCI pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (III) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (IV) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein de la mutuelle, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en dehors de l'Union européenne, le transfert est limité (I) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (II) aux destinataires respectant les clauses contractuelles types proposées par la CNIL de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique). Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous

pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.
Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (dpo@mcci.Fr) ou par courrier (MCCI - DPO- 26 rue Fortuny - 75017 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

1.9 Mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code Monétaire et Financier (articles L561-1 et suivants du Code Monétaire et Financier). Afin de permettre à l'assureur de respecter ces obligations, le souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérents obtenus soit directement soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus a minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires. Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.
En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

1.10 Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et MCCI ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait MCCI aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

2. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de proposer à tous les adhérents de La Prévoyance des Avocats, âgés de moins de 70 ans, des garanties Frais de Santé définies par la présente notice d'information, les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste de la MCCI.
Sont dénommés « assuré(s) », l'adhérent et ses bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion.

3. QUI PEUT ADHÉRER ?

- Tout Membre de La Prévoyance des Avocats, assujetti à un régime obligatoire d'assurance maladie, ci-après dénommé l'adhérent.
- Peuvent également bénéficier de la garantie à laquelle adhère l'adhérent: son conjoint, ou à défaut son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou son concubin et ses enfants fiscalement à charge, appelés bénéficiaires, affiliés à un régime obligatoire et mentionnés sur le certificat d'adhésion.
- L'adhésion au contrat C00363 NEOS est exclusivement réservée à l'avocat lui-même âgé de moins de 30 ans.

L'adhésion aux contrats renforts C00368, C00369, C00370, C00371 C00372, C00373 concerne l'adhérent et éventuellement ses bénéficiaires. Ces contrats ne peuvent être souscrits qu' en complément des contrats C00363 C00364 C00365, C00366, C00367.

3.1 Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre Certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.
Vos ayants droit sont définis ci-après:

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.
  Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
  Le concubin doit répondre à la définition de l'article L515-8 du Code civil; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

Vos enfants et ceux de votre conjoint:

- Jusqu'à leur 18e anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
- Jusqu'à leur 22e anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes:
  - Ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
  - Ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
  - Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

La date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation d'un ayant droit ne peut pas être rétroactive.

4. QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Les membres de La Prévoyance des Avocats souhaitant adhérer au présent contrat doivent compléter, signer et adresser le bulletin d'adhésion à la MCCI ou son délégataire.
En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, l'adhésion devient nulle.
Les cotisations versées demeurent alors acquises à la MCCI à titre de dommages et intérêts.
Les garanties renforts C00368 HOSPI1 C00369 HOSPI2 C00370 OPTIDENT1 C00371 OPTIDENT2 C00372 ZEN1 C00373 ZEN2 ont un âge maximum de souscription fixé à 50 ans (âge atteint dans l'année).

5. À QUELLE DATE L'ADHÉSION PREND-ELLE EFFET ?

L'adhésion à la garantie de base et/ou garanties renforts produit ses effets au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion par la MCCI ou son délégataire, sous réserve du paiement de la première cotisation. La date d'effet retenue est indiquée sur le certificat d'adhésion.

6. QUELLES SONT LES GARANTIES ET PRESTATIONS ASSURÉES ?

Tous les frais de santé ayant donné lieu à prestations par le régime obligatoire, ainsi que ceux figurant sur le tableau des garanties annexé au certificat correspondant à l'option retenue.

Les formules C00363 NEOS C00364 ALPHA C00365 BÊTA C00366 GAMMA C00367 DELTA sont émises dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

En conséquence :

Elles prennent en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermale,
- **l'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques** définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale **dans la limite** des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale et **sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)**,
- **l'intégralité des verres et monture de classe A** à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, **dans la limite** des prix fixés (**Prix Limite de Vente - PLV**) en application de l'article L. 165-3 et **sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)**,
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
- **l'intégralité des aides auditives de classe 1** à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, **dans la limite** des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et **sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)** :
  - les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
  - les actes de prévention dans la limite du ticket modérateur définis par le Décret.

Elles ne prennent pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 au-delà de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale,
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Et de manière générale, elles respectent les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

Les garanties des formules C00368 HOSPI1, C00369 HOSPI2, C00370 OPTIDENT1, C00371 OPTIDENT2 ne respectent pas les critères dits responsables.

6.1. Les frais que nous prenons en charge

Vous bénéficiez du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre Certificat d'adhésion, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre Régime Obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre Régime Obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le tableau de garanties de la formule que vous avez souscrite :

- les séances de pédicure, podologue, psychomotricien, diététicien, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiopathe,
- les implants dentaires, prothèses dentaires et la parodontologie,
- les lentilles de contact correctrices,
- les opérations de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser,
- le forfait journalier,
- la chambre particulière en Hospitalisation,
- le lit d'accompagnant en Hospitalisation,
- les frais d'hébergement et de transport liés à une cure thermale et sous réserve que les soins thermaux soient remboursés par la Sécurité Sociale.

Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau de garantie.

Cas particuliers des soins à l'étranger

Nous prenons en charge les soins à l'étranger lorsqu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française. Les hôpitaux à l'étranger sont pris en charge comme des établissements non conventionnés. Les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française et avec application des règles françaises.

Pour obtenir vos remboursements vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros. Le taux de change applicable est celui de la devise concernée au jour de la date de soin.

La garantie du présent contrat s'exerce en France et, les départements et territoires d'Outre-Mer.

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et les départements et territoires d'Outre-Mer ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

6.2 - À quelle date peuvent être engagés les frais ?
Pour chaque assuré, sont pris en compte les frais engagés entre les dates d'effet et de résiliation de ses garanties. Pour les actes dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent également être situées dans la période de garantie. Aucun délai d'attente n'est prévu.
Par ailleurs, il n'y a pas de délai pour les enfants nouveau-nés et pour les enfants adoptés de l'adhérent, sous réserve que l'enfant ait été affilié à la Mutuelle dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

Enfin, des Plafonds de remboursement sont intégrés au contrat :

En dentaire, les forfaits et les taux de remboursement sont divisés par 2 durant la 1re et 2e année d'adhésion (dans les limites du contrat responsable).
Plafond de remboursement par an et par bénéficiaire :

1re année	1000	1500	1500	2000
2e année	1500	2000	2000	3000
À partir de la 3e année	2000	3000	3000	4000

6.3 - Comment sont réglées les prestations ?
Les prestations sont versées par défaut à l'adhérent, y compris celles concernant ses bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion.
Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de soins mentionnée sur le décompte original du régime obligatoire.
Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221 - 11 du code de la Mutualité.
Pour obtenir votre remboursement vous devez nous faire par venir l'original du décompte de votre Régime Obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale.
Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre Régime Obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Vous en êtes informés remboursement par une note sur votre décompte.
Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre Régime Obligatoire vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré.
Pour les cas particuliers suivants, vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

Pour les cas particuliers suivants vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

Les prestations	Les documents à nous transmettre
La médecine courante	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission
La médecine douce	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
La pédicurie-podologie	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
La Prévention (voir les garanties du contrat)	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
Les Frais de Transport	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission - facture du transporteur le cas échéant
Les Frais Pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité Sociale	Original du décompte de remboursement en l'absence de Tiers Payant Sécurité Sociale
Les Soins Dentaires	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission
Les actes prothétiques-Parodontologie-Orthodontie	L'original des factures
Les Verres et les Montures	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée et de la copie de la prescription médicale
Les lentilles	Facture détaillée

Les prestations	Les documents à nous transmettre
Les prothèses auditives et leurs accessoires	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée et de la copie de la prescription médicale
L'Appareillage divers	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée
L'Hospitalisation	Le bordereau de facturation S3404 acquitté, le bulletin de situation, l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement, les notes d'honoraires
La Cure Thermale	Facture de l'établissement thermal, justificatifs d'hébergement et de transport, original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission

Dans le cadre de nos contrôles de conformité nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, où à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à votre Régime Obligatoire. Si vous refusez de nous communiquer les pièces demandées, nous pouvons refuser le remboursement ou limiter le remboursement au Ticket Modérateur de la Sécurité sociale.
Dans le cadre de la vérification des exclusions et des limitations, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la limitation. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin-conseil. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

Quelques informations supplémentaires
Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettrez. À défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale. La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.
Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

7. QUEL EST LE MONTANT DES COTISATIONS ?

Le montant initial de la cotisation pour chaque bénéficiaire doit être porté sur le bulletin d'adhésion.
Il est déterminé en fonction :
- de l'âge de chaque assuré lors de la date de prise d'effet des garanties, étant entendu que les cotisations du troisième enfant et des suivants sont gratuites,
- de l'option de garantie assurée,
- de l'adresse postale du barreau de rattachement. Deux zones de tarifs sont possibles : Paris/Province. La zone Paris ne concerne que Paris intra-muros. Par opposition, la zone province fait référence au reste de la France.

Pour les renforts
La souscription d'un renfort est obligatoire pour l'adhérent et tous les bénéficiaires du contrat sans possibilité de panacher.

7.1 - Comment évoluent vos cotisations ?

Les cotisations sont revalorisées au premier janvier de chaque année en tenant compte :
- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale par Habitant publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi,
- des changements des conditions de remboursement des régimes obligatoires,
- des résultats techniques du contrat,
- de la tranche d'âge atteinte au 1er janvier le cas échéant.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.
Dans ce dernier cas, l'adhérent peut résilier son adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance de cette augmentation.

7.2 - Comment régler vos cotisations ?

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels par prélèvement automatique. Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

7.3 - Quelles sont les conséquences si vous ne payez pas vos cotisations ?

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de 10 jours indiqué à l'alinéa précédent, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée. En cas de non-paiement dans un délai de 30 jours à compter de cette mise en demeure, votre adhésion est suspendue conformément à l'article L221-7 du Code de la mutualité.
L'adhésion est résiliée à défaut de paiement de la totalité de la cotisation dans les 10 jours qui suivent le délai de 30 jours précité, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

7.4 - Déductibilité LOI MADELIN

Seules les garanties ci-après sont déductibles au titre de la LOI MADELIN : C00363 NEOS, C00364 ALPHA, C00365 BÊTA, C00366 GAMMA, C00367 DELTA.
Pour bénéficier de cette déductibilité fiscale, l'adhérent devra justifier de sa situation de régularité fiscale et être à jour de ses cotisations.
Par ailleurs, seules sont déductibles les cotisations du travailleur indépendant et éventuellement celles de ses ayants droit, reconnus comme tels par le régime obligatoire de sécurité sociale.

8. QUELS SONT LES SERVICES AUXQUELS ONT ACCÈS LES ADHÉRENTS :

Accès à un service de téléconsultation médicale en composant le 01 55 92 12 13.

L'adhérent a la possibilité de contacter, de France (DOMTOM inclus) ou de l'étranger, un médecin généraliste, 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Il est accueilli sur une plateforme de téléconsultation d'AXA Assistance par une équipe médicale. Ce médecin effectue une véritable consultation par téléphone et peut délivrer une ordon- ance. Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre National des Médecins et protégées par le secret médical.

Accès au réseau de soins Itelis :

Ce service donne accès à plus de 6000 professionnels de santé partout en France dans les domaines suivants :

- Optique
- Dentaire
- Audioprothèse
- Chirurgie réfractive
- Ostéopathe
- Chiropracteur
- Diététicien
- Psychologue

En passant par ce réseau, l'adhérent a accès à des professionnels compétents, avec des tarifs privilégiés et des services exclusifs, et bénéficie du tiers payant.

Service d'assistance « Allo Santé MCCI » en composant le 01 55 92 12 13 (0,15€/mn) :

Les prestations d'assistance, gérées par Itelis sont les suivantes :

- Services de prévention, d'information et d'écoute psychologique
- Service d'accompagnement au quotidien

Bénéfice du Fonds d'Entraide MCCI :

Il a pour objectif d'aider financièrement les assurés qui sont dans une situation précaire pour des dépenses de santé non couvertes ou couvertes partiellement par leur contrat.

9. COMMENT PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

Vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion au 1er janvier de chaque année sous réserve que celle- ci reste identique pour tous les bénéficiaires. La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, 2 mois avant le 1er janvier de l'année au cours de laquelle les modifications sont envisagées (cf. article 10).

Le changement pour une formule inférieure

Toute modification doit être faite pour un minimum de 2 années consécutives.

Le changement pour une formule supérieure

Toute modification doit être faite pour un minimum de 2 années consécutives et pour la formule immédiatement supérieure.

Cas particulier

Vous pouvez aussi modifier vos garanties, en cours d'adhésion, à l'occasion d'un changement de votre situation de famille (dans les conditions prévues à l'article « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? », sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation.

10. QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS DE RADIATION ?

Les garanties sont viagères dès la date d'effet de l'adhésion. L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1er janvier de chaque année.

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable.

À compter du 13e mois d'affiliation, les assurés ont la possibilité de résilier, sans frais et à tout moment leurs contrats de complémentaire santé.

La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix :

- Soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, la résiliation pourra se faire par le même mode de communication ;
- Soit par le nouvel organisme complémentaire par voie postale.

Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérerez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve.

Le remboursement des primes trop perçues interviendra dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet de la résiliation

En cas de cessation du paiement des cotisations, de fausse déclaration

Les garanties renforts sont indissociables de la garantie de base, la résiliation de l'une quelconque de ces garanties (base ou renfort) entraîne la résiliation de l'autre.

LPA
LA PRÉVOYANCE DES AVOCATS SANTÉ