

**Le Guide Pratique
de votre
Complémentaire Santé
et Prévoyance
Alliance
SANTÉ POLICE 2**

au 01/08/2010



Nos partenaires



20 ANS DE CONFIANCE RENOUVELÉE

Merci



Chers adhérents, chères adhérentes,

Parce que nous connaissons bien votre métier et vos préoccupations au quotidien, Pierre PAYA Assurances propose aux Adhérents d'Alliance, en exclusivité **SANTE-POLICE 2** :

“Forte de 20 ans de collaboration avec les adhérents du Syndicat Alliance, toute l'équipe Pierre PAYA Assurances est à votre écoute pour vous proposer une étude personnalisée et accomplir les formalités de transfert”

Pierre PAYA

N° Vert 0 800 22 11 22

www.paya-assurances.fr



CONTRAT GROUPE « SANTE POLICE 2 »
COTISATIONS MENSUELLES PAR PERSONNE
à effet au 01.08.2010

GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Tranches d'âge	Garantie « PRIMA »	Garantie « MAXIMA »
moins de 20 ans	18,50 €	31,60 €
20 à 24 ans	23,10 €	37,00 €
25 à 29 ans	30,30 €	45,60 €
30 à 34 ans	38,90 €	55,50 €
35 à 39 ans	44,50 €	61,30 €
40 à 44 ans	48,70 €	67,30 €
45 à 49 ans	52,70 €	76,60 €
50 à 54 ans	59,80 €	83,70 €
55 à 59 ans	65,60 €	88,40 €
60 à 64 ans	69,90 €	94,20 €
65 à 69 ans	74,80 €	102,10 €
70 ans et plus	77,90 €	108,30 €

GARANTIES PERTE DE SALAIRE

Maintien de revenu en cas de demi-traitement
(adhésion obligatoire pour le souscripteur)

Catégorie	Prestations mensuelles brutes	Cotisations mensuelles brutes par agent
1	366 €	3,60 €
2	549 €	5,30 €
3	732 €	7,10 €
4	915 €	8,80 €
5	1 098 €	10,60 €
6	1 281 €	12,40 €
7	1 464 €	14,10 €
8	1 647 €	15,90 €

Couverture de la garantie perte des primes
(adhésion obligatoire pour le souscripteur)

	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
Garantie minimale obligatoire :	300 €	8,00 €
Options :		
1	450 €	12,00 €
2	600 €	16,00 €
3	750 €	20,00 €
4	900 €	24,00 €
5	1 050 €	28,00 €
6	1 200 €	32,00 €
7	1 350 €	36,00 €
8	1 500 €	40,00 €

Nota : Pour calculer votre cotisation mensuelle, il convient d'additionner la cotisation frais médicaux, la cotisation perte de salaire et la couverture de la garantie perte des primes.

Paya Assurances, courtier exclusif ALLIANCE

N° Vert 0 800 22 11 22

PIERRE
PAYA
ASSURANCES



COMPLÉMENTAIRE Santé Police

www.paya-assurances.fr

SANTÉ POLICE
Une assurance santé
SUR MESURE
pour vous et vos proches



la loi CHATEL vous permet de résilier votre contrat arrivant à échéance dans les 20 jours. La plus part des mutuelles sont à échéance au 31/12 de chaque année. Pour vos simplifier vos démarches, nous nous chargeons des modalités de transfert.

**COMME VOUS,
PROTÉGER EST NOTRE MÉTIER**

Des garanties essentielles :

- Remboursements dentaires et optiques élevés.
- Garanties des revenus, salaires et primes.
- Sans questionnaire médical.
- Nouvelle adhésion possible jusqu'à 55 ans.
- Des remboursements rapides et fiables.
- Des services exclusifs : réseau médical, tiers payant complet sur la France entière ...



**BONNES
RAISONS
DE
SOUSCRIRE**

- ⊕ Dentaire : 370 %
- ⊕ Orthodontie : 300 %
- ⊕ Optique : forfait de 250 €
- ⊕ Forfait implant dentaire : 500 € /an
- ⊕ Forfait myopie : 200 € /an
- ⊕ Forfait osthéopathe/éthiopathe : 70 €/an
- ⊕ Garantie obsèques à hauteur de 1500 € incluse
- ⊕ Assistance au domicile incluse

Bénéficiez de la solidité et de l'expertise d'un grand groupe :

- 948 000 bénéficiaires en frais médicaux et prévoyance
- 24 000 règlements par jour
- 17 300 000 actes réglés



N° Vert 0 800 22 11 22

Souscription et devis en ligne : www.paya-assurances.fr

PIERRE
PAYA
ASSURANCES

Pierre PAYA assurances est une société de courtage au capital de 300 141 € - RCS NICE 978b00822 - Siège social : 18 rue Alphonse Karr - 06000 NICE - Tél : 0800 22 11 22 - Fax : 04 93 16 74 75
GMC gestion - Groupement d'intérêt économique régi par l'ordonnance du 23.9.1967 - RC PARIS C399 142 892 - Siège social : 10 rue Henner - 75009 Paris

SOMMAIRE

GUIDE PRATIQUE DE NOTRE OFFRE DE SERVICES

- . Quels sont les avantages de GMC Gestion – Santé Police 2 ? 7
- . Comment adhérer ? 8
- . Que faire en cas de changement de situation de famille ? 8
- . Comment fonctionne le tiers payant ? 9
- . Comment se faire rembourser ? 10
- . Que faire en cas d'hospitalisation ? 12
- . Si votre conjoint a une complémentaire santé 12
- . Qui contacter ? 13
- . Quelques recommandations 14
- . Que faire en cas de décès ? 15

TABLEAU DE GARANTIES

- . Quelles sont les garanties frais médicaux, obsèques, assistance ? 16
- . Quels sont les montants de remboursement ? 25
- . Le contrat responsable 26
- . Quelques termes de l'Assurance Maladie 27

CONDITIONS GENERALES

- . Frais médicaux 28
- . Garantie assistance – Vie quotidienne 31
- . Garantie obsèques 32
- . Prévention GMC Santé 32
- . Quelles sont les garanties prévoyance ? 33
- . Conditions Générales Prévoyance 37

GUIDE PRATIQUE DE NOTRE OFFRE DE SERVICES



Quels sont les avantages de GMC Gestion - Santé Police 2 ?

Leader français en Prévoyance Collective, nous mettons à votre disposition notre expérience et savoir faire de plus de 50 ans.

Ainsi, vous bénéficiez de prestations privilégiées **dont vous trouverez le détail dans ce guide.**

- **Une gestion certifiée ISO 9001 version 2000.**
- **Un accueil téléphonique** permanent 24H/24, 365 jours par an.
- **Un interlocuteur en charge de la gestion de votre dossier** pour répondre à toutes vos questions.
- **Une carte d'affilié personnalisée** donnant accès au **tiers payant.**
- **Des règlements rapides : 48H (24 h. en EDI NOEMIE).**
- **Des accords médicaux et des réductions tarifaires.**
- Une charte dentaire GMC : **Réseau de dentistes-conseil**, cotation des devis, deuxième avis, grilles tarifaires...

Comment adhérer ?

Pour vous inscrire, vous devez :

- Compléter le bulletin d'adhésion * en inscrivant le nom des personnes qui vont bénéficier des garanties frais de santé.
- Joindre à ce bulletin :
 - ✓ une photocopie de votre Attestation Vitale et de celle de vos ayants droit s'ils ont un numéro de Sécurité sociale différent du vôtre,
 - ✓ l'autorisation de prélèvement annexée, *
 - ✓ un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal pour le versement des prestations,
 - ✓ une photocopie des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ou tout autre document justifiant leur situation.

*** Vous trouverez ces documents en pages centrales du présent guide.**



**L'ensemble de votre dossier d'inscription est à adresser à :
Pierre PAYA Assurances – 18 rue Alphonse Karr – 06000 Nice.**

Que faire en cas de changement de situation de famille ?

En cas de changement de situation de famille (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant) et pour inscrire votre ayant droit, il suffit d'adresser un courrier à P. PAYA Assurances qui transmettra à GMC Gestion les informations suivantes :

- **le nom et prénom de l'ayant droit,**
- **sa date de naissance,**
- **son numéro de Sécurité sociale.**

Pour l'inscription d'un enfant, bien indiquer le numéro de Sécurité sociale de rattachement (celui du père ou celui de la mère).

Pièces à joindre au courrier :

- en cas de mariage, de concubinage, de PACS : copie de l'attestation de la Carte Vitale du conjoint,
- en cas de naissance : copie de l'acte de naissance.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Dès l'enregistrement de votre affiliation par GMC Gestion, nous vous transmettrons votre **Carte Blanche** qui vous permettra de **bénéficier du tiers payant** auprès des professionnels de santé ci-dessous, dans la limite des garanties prévues à votre contrat :

- pharmacies,
- hôpitaux, cliniques, centres de soins,
- laboratoires d'analyses, radiologie,
- opticiens (sous réserve du respect de la grille tarifaire par l'opticien),
- dentistes agréés.



Les accords médicaux vous sont communiqués sur simple appel téléphonique.

Important : Si vous n'utilisez pas votre Carte Blanche pour le tiers payant de la part complémentaire, mais que vous bénéficiez du tiers payant (en présentant votre carte Vitale) pour la partie relevant de l'Assurance Maladie, il convient d'adresser à GMC Gestion un reçu attestant le paiement par vos soins du ticket modérateur.

Tiers payant optique

Lors de l'achat de votre paire de lunettes auprès de l'un de nos opticiens agréés (*), il suffit de présenter votre Carte Blanche à votre opticien. Il se chargera de demander une entente préalable à GMC Gestion. Cette entente préalable sera délivrée à l'opticien sous réserve du respect de la grille tarifaire négociée par la GMC avec celui-ci et dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

(*) Pour obtenir la liste des opticiens agréés de votre commune, contactez votre unité de gestion.

Comment se faire rembourser ?

Vous bénéficiez des Echanges de Données Informatisés (envoi direct des informations permettant d'effectuer vos remboursements) **et votre volet de la caisse d'Assurance Maladie comporte un message du type « GMC recevra directement ce décompte. Il est donc inutile de le lui adresser ».**



Merci de nous envoyer uniquement les **pièces justificatives** énoncées dans le tableau ci-dessous accompagnées du **papillon détachable** découpé sur votre dernier décompte. Nous vous conseillons d'expédier ces pièces simultanément à votre envoi auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

Soins nécessitant l'envoi de pièces justificatives	Pièces justificatives (originaux)
Lunettes	Facture détaillée + prescription médicale datant de moins de 3 ans
Lentilles cornéennes prises en charge par l'A.M.	Facture détaillée
Lentilles cornéennes non prises en charge par l'A.M.	Facture détaillée + prescription médicale datant de moins de 1 an
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture détaillée
Hospitalisation (sans émission de prise en charge)	Facture acquittée de l'établissement
Règlement des TM, note d'honoraires réglée directement au praticien (hospitalisations), soins à l'étranger	Facture détaillée et acquittée
Maternité et cures thermales	Facture justificative des frais restant à charge
Autres soins non pris en charge par l'A.M.	Facture détaillée et acquittée

Vous ne bénéficiez pas des Echanges de Données Informatisés et / ou votre volet de la caisse d'Assurance Maladie ne comporte pas de message. Attention de vérifier la présence de ce message sur chaque décompte !

Merci de nous adresser les **originaux** des volets de la caisse d'Assurance Maladie, ainsi que les **pièces justificatives** énoncées ci-dessus et, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires.

Informations pratiques :

GMC gestion se charge, lors de votre inscription, de vous déclarer auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou de votre section locale interministérielle POLICE pour mettre en place les Echanges de Données Informatisés (EDI).



ATTENTION ! Nous attirons votre attention sur le fonctionnement des EDI qui peuvent être perturbés si :

- Vous déménagez et changez de Centre de Sécurité sociale : il faut informer la GMC de votre nouvelle adresse et des coordonnées de votre nouveau Centre.
- Vos enfants sont inscrits sous **votre** numéro de Sécurité sociale et **aussi** sous celui de votre conjoint : vous devez faire un choix et déterminer quel sera le numéro d'immatriculation communément utilisé par l'Assurance Maladie et la GMC pour percevoir les remboursements.
- Vos enfants bénéficient du régime étudiant de l'Assurance Maladie. Il faudra alors adresser à GMC Gestion les décomptes de leur centre. Un certificat de scolarité vous sera demandé à chaque rentrée.
- Votre conjoint, pacsé ou concubin est fonctionnaire : certains centres de Sécurité sociale n'ont pas mis en place les EDI. Il faudra également dans ce cas adresser les décomptes à GMC Gestion.

Que faire en cas d'hospitalisation ?

Il suffit de faire, **quelques jours avant votre hospitalisation**, une demande de prise en charge auprès de votre Unité de Gestion dont les coordonnées figurent au paragraphe « Qui contacter ? » de ce guide (par téléphone, mail, fax ou courrier).

Renseignements nécessaires à communiquer à GMC Gestion :

- ✓ nom et adresse de l'établissement de soins,
- ✓ service (médecine, chirurgie, etc.),
- ✓ date d'hospitalisation.

En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée **immédiatement** sur simple demande de votre part ou de l'un de vos proches. Certains établissements de soins s'en chargent directement.

Si votre conjoint a une complémentaire santé

Si votre conjoint a aussi une complémentaire santé à titre personnel ou par son entreprise, il pourra compléter ses remboursements (Assurance Maladie + mutuelle) par vos garanties, à condition qu'il soit ayant droit. Pour obtenir le remboursement supplémentaire, il suffit d'adresser à GMC Gestion les décomptes originaux de la complémentaire santé.

Qui contacter ?

L'équipe de gestion qui vous est dédiée, se tient à votre disposition pour répondre à toutes vos demandes de renseignements, de prise en charge, de devis, de remboursement de frais de santé, etc.



Pierre Paya Assurances GMC Gestion - Unité de Gestion (UG) n°02

 **18 rue Alphonse Karr – 06000 Nice**

Pour toute information commerciale :

 **N° Vert 0 800 22 11 22**

Adresse e-mail : info@paya-assurances.fr

Pour joindre le service de gestion de vos remboursements : **01 40 82 42 93.**

Accueil et renseignements de 8h00 à 18h00 sans interruption.
Pour les urgences (prise en charge hospitalière, assistance...) :
permanence téléphonique 24h/24, 365 jours par an.

Service Plus !

Si vous devez acheter une paire de lunettes ou des lentilles de contact, joignez nos Conseillers Santé. **Une équipe spécialement formée** est à votre service pour étudier votre ordonnance et vous orienter dans votre choix.

- **Conseil tarifaire** sur les verres en fonction de la prescription établie par votre praticien.
- **Conseil technique** sur les verres (matières et traitement), sur les montures et sur les lentilles.
- Information sur la législation de **l'Assurance Maladie.**
- Réalisation de **devis.**

Quelques recommandations ...

➔ Honoraires des médecins et chirurgiens

Les médecins facturent leurs honoraires en fonction de leur statut Sécurité sociale : soit les honoraires sont limités aux bases de remboursements de l'Assurance Maladie, soit les tarifs sont fixés librement (généralement de 1 à 3 fois les bases de remboursements de l'Assurance Maladie).



Renseignez-vous sur les honoraires du praticien lors de la prise de rendez-vous !

➔ Honoraires des chirurgiens-dentistes

Les règles conventionnelles de facturation des honoraires pour les chirurgiens-dentistes sont les suivantes :

- ✓ soins conservateurs : honoraires limités aux bases de remboursements de l'Assurance Maladie,
- ✓ traitements prothétiques : tarifs libres (généralement de 3 à 8 fois les bases de remboursements de l'Assurance Maladie).

Un **devis** doit **obligatoirement vous être remis avant tout traitement important.**

Contactez GMC Gestion : vous pourrez ainsi obtenir une évaluation des remboursements de l'Assurance Maladie et de votre complémentaire santé.

➔ Maternité

L'accouchement est pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 100 % de son barème de remboursement. En hôpital public, seules la chambre particulière et les dépenses personnelles ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

Dans les établissements privés, prenez soin de vous renseigner sur les dépassements d'honoraires éventuels (anesthésistes, obstétriciens, etc.), la chambre particulière et les dépenses personnelles : consultez GMC Gestion pour un chiffrage du remboursement éventuel.



Que faire en cas de décès ?



➤ Tiers payant

Sur simple demande, La Garantie Obsèques émet immédiatement un accord de prise en charge directement à l'entreprise de pompes funèbres, évitant ainsi à la famille l'avance des frais. Le montant de cette prise en charge est alors déduit de la facture. Si la garantie est supérieure aux frais réels, un chèque complémentaire est adressé au(x) bénéficiaire(s) du défunt, dès réception du bulletin de décès.

➤ Remboursement direct

Si l'option du tiers payant n'est pas adoptée, La Garantie Obsèques rembourse les frais d'obsèques à la personne qui les a acquittés, sur présentation de la facture et du bulletin de décès. Si la garantie est supérieure aux frais engagés, la différence est versée au(x) bénéficiaire(s) du défunt.

Pour toute information complémentaire, appelez le 01 40 82 43 67

TABLEAU DE GARANTIES FRAIS MÉDICAUX

Quelles sont les garanties frais médicaux, obsèques, assistance ?

Les prestations frais médicaux décrites ci-après sont exprimées en pourcentages des bases de remboursement du régime général de l'Assurance Maladie et intègrent les remboursements de cette dernière, sauf exception précisée expressément.

Date d'effet : 01.08.2010

"SANTÉ POLICE 2" Garantie "PRIMA"	"SANTÉ POLICE 2" Garantie "MAXIMA"
Total Assurance Maladie + garantie "PRIMA"	Total Assurance Maladie + garantie "MAXIMA"

Médecins

Médecins généralistes (1)			
Consultations et visites	C-V	100 %	120 %
Médecins spécialistes (1)			
<u>Consultations</u>			
* du spécialiste	CS-C2	100 %	120 %
* du médecin des hôpitaux ou du professeur agrégé	C3	100 %	120 %
* du spécialiste qualifié neuropsychiatre limitées à 6 consultations par an	CNPSY	100 %	120 %
<u>Visites</u>			
* du spécialiste	VS-V2	100 %	120 %
* du médecin des hôpitaux ou du professeur agrégé	V3	100 %	120 %
* du spécialiste qualifié neuropsychiatre	VNPSY	100 %	120 %
<u>Traitements et actes divers</u>			
Actes techniques dispensés par le praticien	K-ATM	100 %	120 %
Radiographies	Z-ADI	100 %	100 %
Echographie	KE-ADE	100 %	100 %

(1) Les honoraires des praticiens non conventionnés sont remboursés sur la base des tarifs d'autorité.

"SANTE POLICE 2" Garantie "PRIMA"	"SANTE POLICE 2" Garantie "MAXIMA"
Total Assurance Maladie + garantie "PRIMA"	Total Assurance Maladie + garantie "MAXIMA"

Auxiliaires médicaux, pharmacie

Auxiliaires médicaux			
Soins infirmiers	AMI-AIS	100 %	100 %
Kinésithérapie	AMK-AMC	100 %	100 %
Pédicurie	AMP	100 %	100 %
Orthoptie	AMY	100 %	100 %
Orthophonie	AMO	100 %	100 %
Ostéopathie / Etiopathie		100 %	70 € par an
Analyses et travaux de laboratoire pris en charge par l'A.M.			
	B-BP	100 %	100 %
Pharmacie			
Toutes catégories de médicaments pris en charge par l'A.M. avec Tiers payant national		100 %	100 %

Appareillage, cures

Prothèses médicales (appareillages, accessoires)		100 %	100 % + forfait 150 € par an
Prothèses auditives		100 %	300 € par an
Prothèses capillaires et mammaires		100 % + forfait 77 € par an	100 % + forfait 115 € par an
Cures thermales : TM + forfait - remboursement des frais restant à charge dans la limite des frais engagés		100 % + forfait 60 € par an / bénéficiaire	100 % + forfait 125 € par an / bénéficiaire

"SANTE POLICE 2" Garantie "PRIMA"	"SANTE POLICE 2" Garantie "MAXIMA"
Total Assurance Maladie + garantie "PRIMA"	Total Assurance Maladie + garantie "MAXIMA"

Dentaire

Soins dentaires			
Soins conservateurs	D-SC	100 %	100 %
Soins chirurgicaux	DC	100 %	100 %
Prothèses dentaires (plaques bases incluses)			
Prothèse prise en charge par l'A.M.		160 %	370 %
Implants (2)		néant	forfait 500 € par an
Plafond par an et par bénéficiaire sur les 2 postes ci-avant :		2 000 €	4 500 €
Orthodontie (3)			
Prise en charge par l'A.M.	TO	100 %	300 %

- (2) *Un implant dentaire se substitue à une prothèse de 3 dents (2 couronnes et 1 dent manquante).
Les dents adjacentes ne donnent donc pas lieu à remboursement.
La présentation d'une radio post-traitement sera demandée avant tout remboursement.*
- (3) * soins engagés avant le 16e anniversaire
* pas de tiers payant.

Optique

Plafond maximum des forfaits : 250 € par an et par personne

Monture et verres		65 % + forfait 85 € par an	100 % + forfait 250 € par an
Lentilles cornéennes :			
Prises en charge par l'A.M.		65 % + forfait 85 € par an	65 % + forfait 155 € par an
Non prises en charge par l'A.M.		forfait 50 € par an	forfait 155 € par an
Intervention chirurgicale de la myopie		100 € par œil maximum	200 € par œil maximum

Maternité

Frais engagés plafonnés par enfant à : (exclut tout autre remboursement, sauf maternité pathologique)		100 €	250 €
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------	-------

BULLETIN D'ADHESION « SANTE POLICE 2 » GARANTIE MEDICO-CHIRURGICALE

Je soussigné/e (nom et prénom) :

demeurant :

code postal : ville : tél. :

déclare avoir pris connaissance des conditions et des garanties du régime qui m'ont été communiquées : j'adhère aux garanties désignées ci-après, qui font l'objet des conventions d'assurance n° 67 284 880 souscrites auprès d'AMIS, et n° 137211837 souscrite auprès de Garantie Assistance.

Pour demander votre adhésion, il suffit de retourner :

- ce bulletin d'adhésion + l'autorisation de prélèvement dûment complétés et signés
- un relevé d'identité bancaire
- photocopie de la carte d'assuré social pour chaque bénéficiaire

à P. PAYA ASSURANCES - 18 rue Alphonse Karr - 06000 Nice.

GARANTIE MEDICO-CHIRURGICALE Formule retenue et cotisations au 01.08.2010

Choisissez votre garantie :

(cotisation mensuelle par personne : conjoint ou concubin et enfant de moins de 21 ans)

Garantie « PRIMA »	Tranche d'âge	Garantie « MAXIMA »
18,00 € / mois <input type="checkbox"/>	moins de 20 ans	30,60 € / mois <input type="checkbox"/>
22,40 € / mois <input type="checkbox"/>	20 à 24 ans	35,90 € / mois <input type="checkbox"/>
29,40 € / mois <input type="checkbox"/>	25 à 29 ans	44,10 € / mois <input type="checkbox"/>
37,60 € / mois <input type="checkbox"/>	30 à 34 ans	53,70 € / mois <input type="checkbox"/>
43,10 € / mois <input type="checkbox"/>	35 à 39 ans	59,20 € / mois <input type="checkbox"/>
47,10 € / mois <input type="checkbox"/>	40 à 44 ans	65,10 € / mois <input type="checkbox"/>
51,00 € / mois <input type="checkbox"/>	45 à 49 ans	74,10 € / mois <input type="checkbox"/>
57,80 € / mois <input type="checkbox"/>	50 à 54 ans	80,90 € / mois <input type="checkbox"/>
63,40 € / mois <input type="checkbox"/>	55 à 59 ans	85,50 € / mois <input type="checkbox"/>
67,60 € / mois <input type="checkbox"/>	60 à 64 ans	91,00 € / mois <input type="checkbox"/>
72,30 € / mois <input type="checkbox"/>	65 à 69 ans	98,70 € / mois <input type="checkbox"/>
75,40 € / mois <input type="checkbox"/>	70 ans et plus	104,70 € / mois <input type="checkbox"/>

Gratuité accordée à partir du 3^e enfant.

Je présente, dans le même temps, ma demande d'adhésion aux garanties prévoyance « Maintien de salaire » et « Garantie indemnitaire des primes » auxquelles l'adhésion est obligatoire, sauf décision de la Compagnie d'assurance.

CONDITIONS DE L'ADHESION

I - DATE D'EFFET

Je choisis d'adhérer à compter du | 0 | 1 | | | | | | |

Je désire que mon adhésion garantisse les personnes désignées ci-après :

	Nom	Prénom	Date de naissance
MOI-MEME			
CONJOINT OU CONCUBIN			
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			

NOTA : L'adhésion est annuelle et ne peut être rétroactive : elle est effective à la date d'effet indiquée ci-après. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} avril de chaque année sauf dénonciation par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance.

II - MODALITES ET REGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables par prélèvement automatique bancaire à périodicité mensuelle.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de mon adhésion, ainsi que des garanties et cotisations dont le descriptif m'a été communiqué.

Fait à Nice, le

DATE D'EFFET EFFECTIVE (indiquée par GMC Gestion) :

Signature du souscripteur, précédée de la mention « Lu et approuvé ».	Validation de la demande par P. PAYA ASSURANCES :	Signature et cachet de GMC Gestion :
------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------

BULLETIN D'ADHESION « SANTE POLICE 2 » GARANTIES PREVOYANCE

Je soussigné/e (nom et prénom) :
demeurant :
code postal : ville : tél. :
déclare avoir pris connaissance des conditions et des garanties du régime qui m'ont été communiquées : j'adhère aux garanties désignées ci-après, qui font l'objet des conventions d'assurance n° 67 284 880 souscrites auprès d'AMIS.

**Pour demander votre adhésion, il suffit de retourner ce bulletin d'adhésion
avec votre demande d'adhésion en frais médicaux à :**
P. PAYA ASSURANCES - 18 rue Alphonse Karr - 06000 Nice.

GARANTIES PREVOYANCE (Fonctionnaires en activité uniquement)

La souscription à ces garanties prévoyance est obligatoire pour le souscripteur d'une garantie médico-chirurgicale Santé Police. Seul le rejet de la demande d'adhésion par l'assureur, au vu des réponses au questionnaire de santé ci-après, peut permettre à l'assuré d'être affilié aux seuls frais médicaux. La demande d'adhésion est obligatoire pour le souscripteur, facultative pour le conjoint fonctionnaire. Ces garanties sont opérationnelles après délais d'attente.

MAINTIEN DE SALAIRE : Délais d'attente : 3 mois

Choisissez le montant de votre garantie de salaire complémentaire au demi-traitement :

**SOUSCRIPTEUR
FONCTIONNAIRE DE POLICE
(adhésion obligatoire)**

**CONJOINT FONCTIONNAIRE DE POLICE OU
FONCTIONNAIRE D'UNE AUTRE ADMINISTRATION
(adhésion facultative)**

INDEMNITES JOURNALIERES DU SOUSCRIPTEUR : (fonctionnaire de police)

Versement de l'indemnité choisie en cas de demi-traitement et au maximum durant 1 080 jours d'arrêt continu de travail.

- Cotisations
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 732 € (pour un salaire net mensuel de 1 464 €) | 7,10 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | 915 € (pour un salaire net mensuel de 1 921 €) | 8,80 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | 1 098 € (pour un salaire net mensuel de 2 195 €) | 10,60 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | autre catégorie retenue selon barème : N° / € / mois | |

INDEMNITES JOURNALIERES DU CONJOINT :

✚ **Si le conjoint est fonctionnaire de police :**

versement de l'indemnité en cas de demi-traitement et au maximum durant 1 080 jours d'arrêt continu de travail.

✚ **Si le conjoint relève d'une autre administration de l'Etat :**

versement de l'indemnité choisie dès le passage en demi-traitement et au plus tôt à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu (durée maximum : 1 080 indemnités journalières).

- Cotisations
- | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 732 € (pour un salaire net mensuel de 1 464 €) | 7,10 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | 915 € (pour un salaire net mensuel de 1 921 €) | 8,80 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | 1 098 € (pour un salaire net mensuel de 2 195 €) | 10,60 € / mois |
| <input type="checkbox"/> | autre catégorie retenue selon barème : N° / € / mois | |

LES PRESTATIONS SONT CALCULEES SUR LA BASE JOURNALIERE DE 1/30^{ème} DU FORFAIT CHOISI.

Salaire net déclaré par le souscripteur :

Salaire net déclaré par le conjoint :

RAPPEL : Le cumul de l'indemnité versée par le présent régime avec le traitement maintenu par l'administration et toute autre indemnisation ne peut permettre à l'assuré de bénéficier de revenus nets supérieurs à son traitement indiciaire.

GARANTIE INDEMNITAIRE DES PRIMES : Délai d'attente pour options : 3 mois

- La garantie concerne le personnel en activité de service sans réduction d'horaire pour raison médicale.
- Les pathologies antérieures à la date d'effet de l'adhésion à la garantie ne sont pas prises en charge.
- Les primes indemnissables sont les primes versées par l'employeur et n'entrant pas dans le calcul de la pension de retraite, et qui cessent d'être versées du fait de l'arrêt de travail.
- Sont exclues les pertes de primes subies suite à un accident de service.
- L'indemnisation intervient le premier jour où les primes ne sont plus versées.
- Cette garantie peut donner lieu à prestations durant 5 années maximum, sur présentation de justificatifs (bulletin de salaire sur lequel apparaît la retenue, arrêt de travail et justificatif de l'employeur précisant le montant et la nature de la prime).
- Le montant de l'indemnisation ne pourra excéder le montant net (déduction faite de la CSG et de la RDS) des primes concernées, quelque soit l'option retenue par l'agent.
- Pendant le versement des indemnités, les cotisations continuent à être dues.
- Le niveau minimum garanti obligatoirement pour tout adhérent à Santé Police est de 300 € par mois, pour une cotisation mensuelle de 8 €.
- Le choix d'options supérieures donnera lieu à une période de stage de 12 mois pendant laquelle la garantie antérieure sera appliquée. Les pathologies antérieures à la date d'expiration du délai de stage ne seront prises en compte que sur la base de la garantie antérieure.
- Les changements d'options ne pourront se faire qu'à l'échéance annuelle (1^{er} avril) et sur justificatifs d'un changement du niveau des primes versées par l'employeur (arrêté, bulletin de salaire). Aucun changement d'options ne sera possible, pour un assuré, dès lors qu'il y aura eu intervention antérieure de la garantie.

Additionnez la cotisation de la garantie perte des primes :

**SOUSCRIPTEUR FONCTIONNAIRE DE POLICE
(obligatoire)**

**CONJOINT FONCTIONNAIRE DE POLICE
(obligatoire si maintien de salaire retenu)**

	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
Garantie minimale obligatoire : <input type="checkbox"/>	300 €	8,00 €
ou option retenue :		
option 1 <input type="checkbox"/>	450 €	12,00 €
option 2 <input type="checkbox"/>	600 €	16,00 €
option 3 <input type="checkbox"/>	750 €	20,00 €
option 4 <input type="checkbox"/>	900 €	24,00 €
option 5 <input type="checkbox"/>	1 050 €	28,00 €
option 6 <input type="checkbox"/>	1 200 €	32,00 €
option 7 <input type="checkbox"/>	1 350 €	36,00 €
option 8 <input type="checkbox"/>	1 500 €	40,00 €

	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
Garantie minimale obligatoire : <input type="checkbox"/>	300 €	8,00 €
ou option retenue :		
option 1 <input type="checkbox"/>	450 €	12,00 €
option 2 <input type="checkbox"/>	600 €	16,00 €
option 3 <input type="checkbox"/>	750 €	20,00 €
option 4 <input type="checkbox"/>	900 €	24,00 €
option 5 <input type="checkbox"/>	1 050 €	28,00 €
option 6 <input type="checkbox"/>	1 200 €	32,00 €
option 7 <input type="checkbox"/>	1 350 €	36,00 €
option 8 <input type="checkbox"/>	1 500 €	40,00 €

TOTAL DE VOTRE COTISATION MENSUELLE PREVOYANCE

€

ADHESION PREVOYANCE – QUESTIONNAIRE MEDICAL

	Souscripteur		Conjoint ou concubin adhérant aux garanties prévoyance	
NOM				
Prénom				
Date de naissance				
Numéro de Sécurité sociale				
Poids et taille				
Tension artérielle (niveau et date)				
	OUI	NON	OUI	NON
1. Avez-vous été hospitalisé au cours des 3 dernières années ? <i>A quelles dates, pour quelles durées, pour quels motifs ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical ? <i>Si oui, pourquoi et lequel ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Devez-vous effectuer un séjour en établissement de soins ou subir une intervention chirurgicale ? <i>Si oui, laquelle et date ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous été, au cours des 3 dernières années, en arrêt de travail pendant plus de 8 jours, ou êtes-vous en arrêt ? <i>Si oui, date et motif ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire médical doit être obligatoirement complété. Il doit être adressé sous pli confidentiel au Médecin-conseil de GMC.

Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-conseil de GMC, et à autoriser mon médecin traitant à lui donner, tous les renseignements médicaux dont il aura besoin Conformément à l'art. L 113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance prévoyance.

CONDITIONS DE L'ADHESION

I - DATE D'EFFET

Je désire adhérer à compter du | 0 | 1 | | | | | | | | | |

NOTA : L'adhésion est annuelle et ne peut être rétroactive ; elle est effective après acceptation de l'adhésion prévoyance par la compagnie. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} avril de chaque année sauf dénonciation par lettre recommandée deux mois avant l'échéance.

II - MODALITES ET REGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables par prélèvement automatique bancaire à périodicité mensuelle. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de mon adhésion, ainsi que des garanties et cotisations dont le descriptif m'a été communiqué.

Fait à Nice, le **DATE D'EFFET EFFECTIVE** (indiquée par GMC Gestion) :

Signature du souscripteur et du conjoint en cas d'adhésion prévoyance, précédée de la mention « Lu et approuvé ».	Validation de la demande par P. PAYA ASSURANCES :	Signature et cachet de GMC Gestion valant acceptation dans l'assurance :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

"SANTE POLICE 2" Garantie "PRIMA"	"SANTE POLICE 2" Garantie "MAXIMA"
Total Assurance Maladie + garantie "PRIMA"	Total Assurance Maladie + garantie "MAXIMA"

Hospitalisation

Hospitalisation médicale			
Séjour à l'hôpital		100 %	100 %
Séjour en établissement conventionné ou non		100 %	100 %
Hospitalisation chirurgicale			
Séjour à l'hôpital		100 %	250 % BR
Séjour en établissement conventionné ou non		100 %	250 % BR
Honoraires :			
du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur :	K-KC/ADC	100 %	250 % BR
KC inférieur ou égal à 50 = 73,15 €	K-KC/ADA	100 %	250 % BR
KC supérieur à 50 = 50 % BR		100 %	250 % BR
de l'obstétricien en cas de césarienne	K-KC/ACO	100 %	250 % BR
Frais d'accessoires de salle d'opération		100 %	100 %
Pharmacie coûteuse prise en charge par l'A.M.		100 %	100 %
Prestations spécifiques aux hospitalisations médicale et chirurgicale			
Chambre particulière		40 € par jour, 30 jours par an maximum	60 € par jour, 30 jours par an maximum
Lit d'accompagnant d'enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés		16 € par jour, 30 jours par an maximum	40 € par jour, 60 jours par an maximum
Ambulance prise en charge par l'A.M.		100 %	100 %
Séjour divers (maximum 30 jours par an)			
Maison de santé		100 %	100 %
Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle		100 %	100 %
Etablissement ou service psychiatrique		100 %	100 %
Chambre particulière		néant	30 € par jour
Forfait journalier hospitalier		frais réels	frais réels

"SANTE POLICE 2" Garantie "PRIMA"	"SANTE POLICE 2" Garantie "MAXIMA"
Total Assurance Maladie + garantie "PRIMA"	Total Assurance Maladie + garantie "MAXIMA"

Prévention

Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale		OUI	OUI
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----	-----

Assistance

Vie quotidienne		OUI	OUI
-----------------	--	-----	-----

Garantie obsèques

Remboursement des frais engagés par bénéficiaire (- 65 ans) dans la limite de :		1 525 €	1 525 €
---------------------------------------------------------------------------------	--	---------	---------

Prévention GMC Santé

Dépose d'un holter tensionnel, sur présentation d'un justificatif		23 €	23 €
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) passé entre 50 et 65 ans		25 € tous les 3 ans	25 € tous les 3 ans

Quels sont les montants de remboursement ?

Date des mises à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 31/01/2009

Respect du parcours de soins

Type de soins	Assurance Maladie		GMC	
	Base de rembt.	Montant de rembt.	Rembt. maximum GARANTIE « PRIMA »	Rembt. maximum GARANTIE « MAXIMA »
Consultation du généraliste médecin traitant dans le parcours de soins	22,00 €	14,40 € (3)	6,60 € (3)	11,00 € (3)
Consultation d'un spécialiste de secteur 2 (honoraires libres) sur avis du médecin traitant dans le parcours de soins	23,00 €	15,10 € (3)	6,90 € (3)	11,50 € (3)

(3) Cf. paragraphe « Le contrat responsable ».

Non respect du parcours de soins

Type de soins	Assurance Maladie		GMC	
	Base de rembt.	Montant de rembt.	Rembt. maximum GARANTIE « PRIMA »	Rembt. maximum GARANTIE « MAXIMA »
Consultation généraliste hors parcours de soins	22,00 €	5,60 € (1) (3)	6,60 € (1) (3)	11,00 € (1) (3)
Consultation d'un spécialiste de secteur 2 (honoraires libres) hors parcours de soins	23,00 €	5,90 € (1) (2) (3)	6,90 € (1) (2) (3)	11,50 € (1) (2) (3)

(1) (2) (3) Cf. paragraphe « Le contrat responsable ».

Exemples de soins non concernés par le parcours de soins

Type de soins	Assurance Maladie		GMC	
	Base de rembt.	Montant de rembt.	Rembt. maximum GARANTIE « PRIMA »	Rembt. maximum GARANTIE « MAXIMA »
Une couronne dentaire (SPR 50)	107,50 €	75,25 €	96,75 €	322,50 €
Lunettes avec verres progressifs n°2290396	17,48 €	11,37 €	85,00 €	261,37 €
Chambre particulière en hospitalisation	0,00 €	0,00 €	40,00 €	60,00 €

Le contrat responsable

En application de la Loi sur la réforme de l'Assurance Maladie, votre complémentaire santé est conforme aux dispositions du contrat responsable :

Des prises en charge obligatoires dans le cadre du parcours de soins :

- Les **consultations du médecin traitant et du médecin spécialiste** doivent être prises en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les **médicaments remboursés à 65 %** (vignette blanche) par l'Assurance Maladie doivent être pris en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les **analyses médicales** doivent être couvertes au minimum à hauteur de 35 % de la base de remboursement.
- La prise en charge du ticket modérateur pour au moins **deux actes de prévention**.

Des interdictions de prises en charge :

- (1) La **majoration du ticket modérateur** (jusqu'à 40 % de la base de remboursement) en cas de non respect du parcours de soins.
- (2) Le **dépassement d'honoraires** autorisé (8 € le plus souvent) en cas de non respect du parcours de soins.
- (3) La **participation forfaitaire de 1 €** au titre des consultations, des actes d'analyses médicales et des examens radiologiques. Ces montants sont plafonnés à 4 € par jour et 50 € par an. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.
- (4) La **franchise de 0,50 €** par boîte de médicament et par acte paramédical et **de 2 €** par transport sanitaire. Ces montants sont plafonnés à 2 € par jour pour les actes paramédicaux et à 4 € par jour pour les transports sanitaires et 50 € par an pour l'ensemble. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.

Quelques termes de l'Assurance Maladie...

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.

FR : Frais réels.

MR : Montant du remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux.

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale salaire servant de référence pour déterminer certaines prestations, 2 885 € au 01/01/2010.

TC : Tarif conventionnel, montant des honoraires établi par convention entre l'Assurance Maladie et les fédérations des différents professionnels de santé.

TM : Ticket modérateur, différence entre la base de remboursement et le montant du remboursement de l'Assurance Maladie.

TR : Tarif de responsabilité, base de calcul des prestations versées par l'Assurance Maladie.

CONDITIONS GENERALES

Frais médicaux

Il a été conclu, entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, une Convention d'Assurance de groupe n° 67 284 880, à adhésion facultative, régie par le Code des Assurances, et dont la gestion est assurée par G.M.C. Gestion. Les conditions ci-après et les certificats d'adhésion des Assurés en reprennent les dispositions essentielles. Cette Convention est ouverte auprès du Cabinet Pierre Paya Assurances aux souscripteurs au contrat qui répondent aux conditions définies ci-après.

La Convention a pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Assuré et les membres de sa famille, ainsi que des garanties prévoyance. Les garanties reposent sur la bonne foi des parties.

Qui peut bénéficier des garanties ?

Tous les membres de la famille de l'Assuré doivent être affiliés, ce à la même garantie. Sont donc bénéficiaires de l'Assurance frais médicaux, l'Assuré, son conjoint ou concubin, et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire relevant soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime d'assurances sociales des Travailleurs Non Salariés, soit du régime Alsace Moselle.

Les enfants atteignant leur 21^e anniversaire et de moins de 26 ans, peuvent souscrire à titre personnel, en tant qu'Assurés, et rester affiliés durant leur scolarité sous réserve de présentation annuelle d'un certificat de scolarité.

L'affiliation des nouveau-nés doit se faire dans les 30 jours de la naissance. Au-delà, les garanties ne seront acquises qu'après délai d'attente.

Quelle est la date d'effet des garanties ?

Les garanties sont accordées après application des délais d'attente suivants :

- ✓ trois mois pour l'hospitalisation médicale, l'optique, les frais médicaux, pharmaceutiques, etc.,
- ✓ six mois pour l'hospitalisation chirurgicale, les soins et prothèses dentaires,
- ✓ neuf mois pour l'allocation maternité.

Ces délais sont supprimés si les Assurés peuvent justifier qu'ils bénéficiaient de garanties identiques lors de leur adhésion (présentation d'un certificat de radiation datant de moins de 2 mois).

Circonstances nouvelles

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.
- Un changement de profession ou d'activités professionnelles d'un bénéficiaire entraînant, soit un changement de Régime obligatoire, soit la perte de la qualité d'Agent de l'Etat, etc.
- Votre passage en préretraite ou retraite ...

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances (sauf en matière d'état de santé), nous pourrions vous proposer une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

Durée de vie des garanties

Les garanties frais médicaux sont viagères sous réserve des dispositions de l'article VIII. Les garanties indemnités obsèques sont limitées au 65^e anniversaire de chaque bénéficiaire. Au-delà, la part de cotisation afférente aux frais d'obsèques est reportée sur les frais médicaux.

Plafonnement de certaines garanties

Le Ticket modérateur sur les séjours en maisons de repos et maisons d'enfants est pris en charge dans la limite de 30 jours par an.

Les traitements de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit la garantie choisie :

- Hospitalisation en établissement conventionné pour un maximum de 30 jours par an.
- Un maximum de 6 consultations par an et par bénéficiaire est garanti.

Cas des personnes prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie

L'augmentation des prestations versées par le Régime obligatoire ne modifie pas le niveau d'intervention des garanties du présent contrat, ce dans la limite des frais engagés.

Maternité

L'allocation est versée en cas de maternité de l'affiliée ou de la conjointe si cette dernière est assurée. Elle a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de l'affilié, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc. A noter : en cas de complication chirurgicale prise en charge par l'Assurance Maladie au titre de la branche maladie, les honoraires et le séjour sont réglés au tarif indiqué au paragraphe HOSPITALISATION.

Cures thermales

Sont couverts dans la limite du plafond de la garantie : les frais de soins et de surveillance médicale engagés en complément de l'Assurance Maladie et les frais d'hébergement exposés dans l'établissement de cure.

Exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation pour les garanties frais de soins :

- a) les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- b) les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'une tentative de suicide,
- c) les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'Assuré aurait pris part en dehors de ses obligations professionnelles,
- d) les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,
- e) ✓ les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
✓ les cures de rajeunissement,
✓ les cures de thalassothérapie, sauf accord préalable,
✓ les traitements psychanalytiques et psychopédagogiques, sauf accord préalable de notre part,
✓ les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les longs et moyens séjours,
- f) les maladies et infirmités congénitales des enfants nés en cours d'assurance, sauf si l'adhésion a été demandée dans les trente jours qui suivent la naissance par l'un des parents déjà garanti au titre du présent contrat,
- g) les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- h) les accidents ou maladies résultant :
✓ de la pratique d'un sport à titre professionnel,
✓ de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires,
✓ de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,
✓ de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur.

Sont exclus des garanties dentaires :

Les prothèses dentaires provisoires, les prothèses non prises en charge par l'Assurance Maladie (notamment les actes hors nomenclature ou non conformes à la nomenclature de l'Assurance maladie) sauf exception précisée dans les garanties dentaires, le supplément plaque base métallique demandé dans le cas d'une prothèse fixe.

Remarques importantes

- ✓ Ces prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de nos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, notre remboursement sera effectué en complément de l'Assurance Maladie sur la base des tarifs pratiqués en France.
- ✓ « Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. »
« Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix » (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

Garantie assistance – Vie quotidienne

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec GARANTIE ASSISTANCE sous le n° de contrat 13/4240/5 56.

Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori. Vous trouverez toutes les conditions dans la notice Garantie assistance – Vie quotidienne ci-jointe.

Garantie obsèques

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec **AMIS**.

Les garanties cessent :

- ✓ Pour l'affilié cotisant : au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire,
- ✓ Pour les membres de la famille assurés (cf. paragraphe « Qui peut bénéficier des garanties frais médicaux ») : dès cessation de la garantie de l'affilié cotisant.

Sont exclus de la garantie obsèques :

- ✓ le suicide de l'affilié avant deux années d'assurance,
- ✓ les conséquences d'un attentat ou tentative d'attentat, si l'affilié y prend une part active,
- ✓ les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute ou mouvement populaire,
- ✓ le décès résultant d'un accident de navigation aérienne lorsque le certificat de navigabilité de l'appareil, la licence ou le brevet du pilote est périmé,
- ✓ les conséquences de compétitions aériennes, tentatives de record, essais et sauts effectués avec des parachutes non homologués.

Prévention GMC Santé

Cette garantie est souscrite par la GMC auprès de GMC Santé, mutuelle relevant du livre II du code de la mutualité.

GARANTIES PREVOYANCE

La souscription à ces garanties prévoyance est obligatoire pour le souscripteur d'une garantie médico-chirurgicale Santé Police. La demande d'adhésion est obligatoire pour le souscripteur, facultative pour le conjoint fonctionnaire. Ces garanties sont opérationnelles après délais d'attente.

Quelles sont les garanties prévoyance ?

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre bulletin d'adhésion.

Elles sont toujours subordonnées à intervention de l'employeur au titre du statut.

□ Garantie maintien de revenu en cas de demi-traitement

Pour les souscripteurs ou conjoints affiliés - fonctionnaires de police : en cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident non imputable au service ayant entraîné le passage en demi-traitement de l'Assuré, il est versé, à compter de la date de passage en demi-traitement de l'Assuré, une indemnité journalière égale à 1/30^e de la catégorie choisie par l'Assuré, et pour laquelle il règle ses cotisations parmi les catégories ci-après.

Pour les conjoints relevant d'une autre administration de l'Etat, cette indemnisation intervient en cas de demi-traitement et, au plus tôt au 91^e jour d'arrêt continu et total de travail.

	Prestations mensuelles	Indemnité journalière
Catégorie 1	366 €	12,20 €
Catégorie 2	549 €	18,30 €
Catégorie 3	732 €	24,40 €
Catégorie 4	915 €	30,50 €
Catégorie 5	1 098 €	36,60 €
Catégorie 6	1 281 €	42,70 €
Catégorie 7	1 464 €	48,80 €
Catégorie 8	1 647 €	54,90 €

Cette indemnité journalière est versée à compter du passage en demi-traitement et pendant le versement de celui-ci. Elle est versée au maximum pendant une période de 1 080 jours d'arrêt continu et total de travail.

Le cumul de l'indemnité versée par le présent régime avec le traitement maintenu par l'administration et toute autre indemnisation couvrant le risque arrêt de travail ne peut permettre à l'Assuré de bénéficier de revenus nets supérieurs au traitement indiciaire net du mois précédent la mise en demi-traitement, y compris nouvelle bonification indiciaire.

Changements de garanties maintien de revenu

Sauf sur justificatif de changement d'échelon où la modification peut intervenir au premier jour du mois suivant ce changement, à condition d'être demandée dans les 10 jours, toute modification de catégorie des garanties prévoyance ne peut se faire qu'au 1^{er} avril de l'exercice suivant, par lettre recommandée, avec préavis de deux mois.

Revalorisation des prestations versées

Les prestations en cours de service seront revalorisées au 1^{er} avril de chaque année sur la base de l'évolution AGIRC, survenue au cours de l'exercice civil précédent.

Rechute

L'indemnisation s'effectuant complémentairement au demi-traitement versé par l'Administration, toute rechute suivant un arrêt indemnisé et survenant dans les deux mois suivant la reprise de travail ne donnera pas lieu à application de la franchise.

❑ Garantie indemnitaire des primes

Primes concernées

- ➔ **Les primes indemnissables** sont les primes normalement versées par l'employeur et n'entrant pas dans le calcul de la pension de retraite, et qui cessent d'être versées du fait de l'arrêt de travail.

Sont exclues les pertes de primes subies suite à un accident de service.

L'indemnisation intervient le premier jour où les primes ne sont plus versées.

- ➔ **Montant minimum et options**

Sauf refus de l'assureur, le niveau minimum garanti obligatoirement pour tout Assuré à « Santé Police 2 » est de 300 € par mois, pour une cotisation mensuelle de 8,00 €.

Les options supérieures à la garantie minimale sont les suivantes :

Option	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
1	jusqu'à : 450 €	12,00 €
2	600 €	16,00 €
3	750 €	20,00 €
4	900 €	24,00 €
5	1 050 €	28,00 €
6	1 200 €	32,00 €
7	1 350 €	36,00 €
8	1 500 €	40,00 €

Quel que soit le montant retenu par l'agent, l'indemnisation maximum à laquelle il pourra prétendre correspond à la compensation réelle des pertes de primes subies, soit le montant net (déduction de la CSG et de la RDS) des primes concernées.

➔ **Durée de versement des prestations et modalités**

Le versement des indemnités intervient dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail et de la perte des primes.

Cette garantie peut donner lieu à prestations mensuelles durant cinq années maximum, sur présentation de justificatifs (bulletin de salaire sur lequel apparaît la retenue, arrêt de travail et justificatif de l'employeur précisant le montant et la nature de la prime suspendue du fait de l'arrêt).

➔ **Changement d'options**

Le choix d'options supérieures donnera lieu à une période de stage de 12 mois pendant laquelle la garantie antérieure sera appliquée. Les pathologies antérieures à la date d'expiration du délai de stage ne seront prises en compte que sur la base de la garantie antérieure.

Ces changements d'options ne pourront se faire qu'à l'échéance annuelle (1^{er} avril) et sur justificatifs d'un changement du niveau des primes versées par l'employeur (arrêté, bulletin de salaire). Aucun changement d'options ne sera possible, pour un assuré, dès lors qu'il y aura eu intervention antérieure de la garantie.

Comment obtenir un remboursement

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent nous être adressés dans les trois mois qui suivent le passage en demi-traitement ou la date d'arrêt de travail :

- ➔ Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.
- ➔ Les trois derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail, une attestation de l'employeur faisant ressortir de façon détaillée et avec une indication des montants, la situation de demi-traitement et la suppression des primes, un certificat médical détaillé indiquant, notamment, la date et la durée prévisible de l'arrêt de travail (une attestation médicale confidentielle complémentaire précisant la nature des lésions, la date d'origine, etc., pourra être demandée par l'assureur).

Expertises médicales

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès de l'Assuré malade pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, l'Assuré refuserait de se soumettre au contrôle de notre médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

Exclusions

Complémentairement aux points déjà évoqués, ne donnent pas lieu à indemnisation :

- a) les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- b) les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'une tentative de suicide,
- c) les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'Assuré aurait pris part en dehors de ses obligations professionnelles (cf. cas particulier : article 7 b) pour la garantie indemnitaire des primes),
- d) les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,
- e) les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- f) les accidents ou maladies résultant :
 - ✓ de la pratique d'un sport à titre professionnel,
 - ✓ de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires,
 - ✓ de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,
 - ✓ de la participation en tant que concurrent à des courses, matches, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur,
 - ✓ de l'utilisation par l'Assuré, en tant que conducteur ou passager d'un véhicule à deux ou trois roues s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque.

Conditions Générales Prévoyance

Adhésion

Il est précisé que les garanties prévoyance doivent obligatoirement faire l'objet d'une demande d'adhésion, ce à la même date d'effet que les garanties frais médicaux. Toutefois, si l'Assuré est en arrêt de travail à la date de sa demande d'adhésion, il sera assuré en frais médicaux seuls.

L'Assuré est la personne affiliée au contrat et à jour de ses cotisations.

Les garanties prévoyance ne concernent que l'Assuré, fonctionnaire de police, ou membre des Compagnies Républicaines de Sécurité, en activité, et peuvent également concerner son conjoint ou concubin, fonctionnaire de l'Etat en activité, dépendant des administrations concernées par le contrat et bénéficiant du même statut que l'Assuré.

L'Assuré ou son conjoint ou concubin ne doivent pas bénéficier d'une réduction d'activité pour raison médicale à la date d'adhésion.

Délai d'attente

Pour les garanties de prévoyance (maintien de salaire et garantie indemnitaire des primes), les délais d'attente sont de 3 mois aussi bien pour le maintien de salaire que pour la garantie indemnitaire des primes.

Admission des assurés

Les Assurés sont admis dans l'Assurance au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception de leur demande d'adhésion complète par G.M.C. Gestion.

Ne sont affiliables que les personnes obéissant aux dispositions du paragraphe « Adhésion » ci-avant, et ce avant le 31 décembre de l'année de leur 60^e anniversaire.

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.
- Un changement de profession ou d'activités professionnelles entraînant la perte de la qualité d'Agent de l'Etat ou un changement du statut qui vous est applicable.
- Dans ce dernier cas, nous vous indiquerons s'il vous est possible, ou non, de conserver vos garanties prévoyance.
- Votre passage en préretraite, retraite, ou invalidité.

Modalités d'adhésion

L'Assuré, et éventuellement son conjoint, doivent :

- remplir des documents de demande d'adhésion qui leur sont propres,
- régler les cotisations correspondant à ces garanties ; les cotisations spécifiques au conjoint seront prélevées sur le compte bancaire du souscripteur.

Ne peuvent adhérer aux garanties de prévoyance que les agents présents à leur travail sans réduction d'horaire pour raisons de santé.

Il est précisé que la souscription aux garanties prévoyance peut être refusée par l'Assureur ou son représentant alors même que l'affiliation aux garanties frais médicaux serait faite.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

Cessation des garanties

Les garanties prévoyance cessent dès la résiliation, pour quelque cause que ce soit, du contrat ou de ces seules garanties.

Elles cessent également, dans tous les cas, au 65^e anniversaire de l'Assuré, en cas de cessation d'activité au sein de la Fonction Publique, ou à la date de mise en retraite ou invalidité. Elles cessent, par ailleurs, à la fin du maintien en demi-traitement par l'administration.

Il appartient à l'Assuré concerné de nous informer immédiatement de cette cessation d'activité.

Cessation du paiement des prestations

La durée de règlement des prestations est indiquée ci-après. Cependant, les prestations servies cessent en cas de cessation du demi-traitement, en cas de cessation d'activité au sein de la Fonction Publique, de préretraite, de retraite, ou de mise en invalidité.

Formation et durée du contrat prévoyance

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Elle est souscrite jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} avril de chaque année.

Résiliation

L'Assuré peut être radié le 31 mars de chaque année sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée avant le 31 janvier de l'exercice.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à l'adhésion,
- b) en cas de non paiement des cotisations,
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues ; la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la Convention d'assurance passée entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, à l'échéance annuelle.

La radiation par l'assureur peut ne concerner que les risques prévoyance.

Cotisations

Les cotisations (taxes comprises) sont fonction des niveaux de garanties choisis. Elles évoluent notamment en fonction des résultats enregistrés par la Convention.

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, par prélèvement automatique sur compte bancaire. Un échéancier de cotisations est adressé à l'Assuré au début de chaque période annuelle.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, les cotisations ne sont dues qu'au prorata.

Le versement des prestations prévues aux garanties prévoyance n'exonère par l'Assuré du paiement normal de sa cotisation.

Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) nous adresserons une lettre de relance 21 jours après la date d'exigibilité de cette dernière. En cas de non paiement et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Assuré, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré, soit par lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Assuré n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des Assurés, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

Avant la remise en vigueur des garanties, nous pourrions les soumettre à visite médicale.

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services. Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de **GMC Gestion, GARANTIE ASSISTANCE et La Garantie Obsèques**. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10 rue Henner, Paris 9^e (loi n°78-17 du 6 janvier 1978).



Votre courtier

Sarl. de Courtage d'Assurances au capital de 300 141 €
Garantie financière et assurance de responsabilité civile
conforme aux art. L 530.1 et L 530.2 du Code des assurances français
RCS NICE B 412910788

18 rue Alphonse Karr
06000 NICE

 **N° Vert 0 800 22 11 22**

E-mail : info@paya-assurances.fr

Sites web :

www.paya-assurances.fr
www.mutuelle-complementaire-sante.fr



Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23-09-1967 - RC Paris C 399 142 892
Siège social : 10 rue Henner 75459 PARIS Cedex 09



GMC Gestion certifié ISO 9001 : 2000 par BVQI France, certificat n°122190

