

**CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE**

**CRESCENDO**

**CONDITIONS GENERALES**

**CRESCENDO** est un contrat Complémentaire Santé assuré par LA PREVOYANCE

**Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité**

Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 778 868 513

**Siège social :** 83 Avenue de la Forêt Noire  
67000 STRASBOURG  
[www.la-prevoyance.com](http://www.la-prevoyance.com)

## I. DEFINITIONS

### **REGIME SOCIAL DE BASE :**

C'est le régime social qui couvre toute personne résidant régulièrement sur le territoire français : il est le plus souvent appelé « obligatoire » dans la mesure où l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle entraîne l'affiliation au régime social de cette catégorie à titre obligatoire.

Parmi les régimes les plus importants, on peut citer :

- Le régime général des salariés,
- Le régime des salariés « Alsace Moselle »,
- Le Régime Social des Indépendants (RSI) pour les artisans, commerçants et membres des professions libérales,
- Le régime des étudiants,
- Le régime agricole,
- Les régimes spéciaux : ils concernent souvent des catégories socio professionnelles telles que : les agents de la SNCF, les enseignants, les militaires, etc.

Tous ces régimes sont très proches du régime général.

Ces régimes sont appelés, dans les développements ci-après, « Régime Social de Base ».

**Toute personne ressortissant d'un régime français de base, quel que soit ce régime, peut être assurée par le présent contrat.**

### **BASE DE REMBOURSEMENT** (en abrégé : B.R.) :

C'est le tarif qui sert de base au calcul du remboursement du Régime Social de Base.

### **TARIF DE CONVENTION** (en abrégé : T.C.) :

Il sert de base au calcul du remboursement du Régime Social de Base dans le cadre des « conventions », comme par exemple celles qui sont conclues avec les Médecins Conventionnés.

Ce terme tend à être remplacé par celui de « Base de Remboursement ».

### **TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITE :**

De création plus récente, cette dénomination désigne la limitation du remboursement par les Régimes Sociaux de Base à un tarif déterminé d'après la prestation la moins chère à service médical équivalent.

A ce jour, sont visés les médicaments « génériques », c'est-à-dire les médicaments dont les brevets d'invention sont tombés dans le domaine public.

Le patient est remboursé, par son Régime Social de Base, sur la base du prix de ce médicament générique, même s'il en choisit un autre.

### **REMBOURSEMENT DU REGIME SOCIAL DE BASE :**

C'est le montant remboursé par le Régime Social de Base : il est calculé en appliquant au Tarif de Convention (ou à la Base de Remboursement) un pourcentage défini par chaque Régime Social de Base pour l'acte médical considéré.

### **TICKET MODERATEUR** (en abrégé : T.M.) :

C'est la différence entre le Tarif de Convention (ou la Base de Remboursement, ou le Tarif Forfaitaire de Responsabilité) et le remboursement du Régime Social de Base.

### **DEPASSEMENT** :

C'est ce qui excède le Tarif de Convention (ou la Base de Remboursement). Il n'est jamais remboursé par le Régime Social de Base.

### **CONTRAT COMPLEMENTAIRE MALADIE :**

**Le contrat « CRESCENDO » est un contrat d'assurance Complémentaire Santé qui complète les remboursements des dépenses de santé du Régime Social de Base.**

### **ACTES HORS NOMENCLATURE :**

Il s'agit d'actes ou de fournitures qui peuvent être effectués ou prescrites conformément aux pratiques médicalement reconnues, mais que les Régimes Sociaux de Base ne remboursent pas. (exemples : les implants dentaires, l'ostéopathie, la chirurgie oculaire au laser).

### **HOSPITALISATION :**

Lorsque l'hospitalisation, telle que garantie au présent contrat, prévoit la prise en charge des frais de séjour, est considérée comme une journée d'hospitalisation, tout séjour suivi ou précédé d'une nuit effectuée dans un hôpital ou une clinique.

## **DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET PROFESSIONS LIBERALES**

### **De quoi s'agit-il ?**

La Loi du 11 Février 1994, dite « loi Madelin », relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle permet aux travailleurs indépendants et aux membres des professions libérales de déduire leurs cotisations d'assurance volontaire de leur revenu imposable ainsi que de l'assiette de la CSG.

Au titre de cette loi, les cotisations « **CRESCENDO** » versées par les travailleurs indépendants et les membres des professions libérales sont déductibles du revenu imposable

### **Comment bénéficiaire de l'avantage fiscal ?**

La déduction nécessite l'adhésion à « LA PREVOYANCE ASSOCIATION » ; elle intervient lors de la souscription du contrat Complémentaire Santé « **CRESCENDO** » : une rubrique spécifique est prévue au bulletin d'adhésion.

### **Attestation annuelle**

Une attestation en vue de la déduction est délivrée annuellement, en principe au début de chaque année pour les cotisations relatives à l'année civile écoulée, ou, à la demande pour les assurés dont l'exercice ne coïncide pas avec l'année civile.

*\*Les éléments concernant la législation fiscale sont volontairement succincts et limités aux seuls besoins de l'exposé du principe de la déductibilité : pour une information complète et adaptée à votre situation, consultez votre expert comptable ou tout professionnel spécialiste du droit fiscal.*

## II. PARTIES AU CONTRAT

**L'Assuré** : c'est la personne physique qui conclut le contrat et paie les cotisations pour elle-même et les autres personnes figurant au contrat, appelées bénéficiaires, pour le compte desquelles elle s'engage.

**Le Souscripteur** : le contrat peut être conclu par une personne différente de l'Assuré : dans ce cas, elle est appelée « le Souscripteur ».

Cette personne est tenue par le présent contrat dans les mêmes termes que l'Assuré : elle peut toutefois demander que les prestations soient payées à l'Assuré.

De convention, pour ne pas alourdir la rédaction, seul le terme « Assuré » est utilisé dans la suite du présent contrat.

**Le Bénéficiaire** : a la qualité de « Bénéficiaire », toute personne domiciliée avec l'Assuré et inscrite sur le même contrat, ayant la qualité de conjoint, pacsé ou concubin, d'enfant de l'Assuré ou du conjoint, pacsé ou concubin, même majeur.

**L'Assureur** : l'organisme d'assurance qui garantit le paiement des prestations et perçoit les cotisations est :

LA PREVOYANCE, appelée ci-après « LA PREVOYANCE » ou la « Mutuelle »,  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au  
Registre National des Mutuelles sous le N° 778 868 513, ayant son siège 83 Avenue de la  
Forêt Noire à STRASBOURG (67000).

Adresse Postale : La Prévoyance CS 70077 67016 STRASBOURG

### III. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT

#### III-1 OBJET

Le présent contrat appelé « **CRESCENDO** » a pour objet de garantir à l'Assuré et aux Bénéficiaires un remboursement des dépenses de santé complémentaire à celui de leur Régime Social de Base.

Ce contrat propose cinq options, au choix de l'Assuré, dénommées :

- **SOLO**
- **DUO**
- **TRIO**
- **QUATUOR**
- **QUINTETTE**

« **CRESCENDO** » peut être souscrit pour le compte de tout Assuré ou Bénéficiaire âgé de moins de 75 ans et affilié à un Régime Social de Base.

#### III-2 FORMATION

Le contrat est conclu et devient définitif dès la signature du bulletin d'adhésion par l'Assuré et l'Assureur, ou son représentant, sous réserve du paiement de la première cotisation, ou fraction de cotisation, majorée du droit unique d'adhésion de 15 Euros.

Le contrat, conclu au domicile de l'Assuré ou, lorsqu'il fait l'objet d'une vente par correspondance, devient définitif à l'expiration du délai de 14 jours à compter du consentement donné par l'Assuré, conformément à la législation en vigueur et sous réserve du paiement de la première cotisation, ou fraction de cotisation, majorée du droit unique d'adhésion de 15 Euros.

#### III-3 COMPOSITION

Le contrat est composé de deux éléments :

- 1) le bulletin d'adhésion comprenant :
  - l'identité de l'assuré et des bénéficiaires ainsi que tous les renseignements nécessaires pour la gestion des prestations, tels que les noms, prénoms, dates de naissance, numéros d'affiliation au Régime Social de Base, adresse de l'Assuré et des Bénéficiaires,
  - l'option de garantie choisie,
  - la date d'effet,
  - les éléments nécessaires au paiement des prestations et au prélèvement des cotisations.

Le bulletin d'adhésion est signé conjointement par l'Assuré et l'Assureur ou son délégataire : un exemplaire est remis à l'Assuré.

- 2) les présentes conditions générales.

### III-4 EFFET - DUREE - RENOUELEMENT

Le contrat prend effet à la date précisée sur le bulletin d'adhésion.

Cette date constitue également la date d'échéance.

En cas d'avenant au contrat, la date d'effet de celui-ci devient la nouvelle date d'échéance.

Le contrat est conclu pour une première période de 12 mois à compter de la date d'effet. Il se renouvelle par tacite reconduction par périodes de douze mois, tant que les cotisations sont payées, sauf dénonciation notifiée par l'Assuré à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant l'échéance.

La résiliation peut également être demandée hors échéance, dans les cas suivants :

- départ à l'étranger,
- affiliation à une assurance collective obligatoire.

### III-5 MODIFICATIONS DU CONTRAT

Le contrat « **CRESCENDO** » a été conçu pour évoluer dans le temps en fonction du :

- du Régime Social de Base ;
- de la composition de la famille ;
- des besoins de garantie.

#### MODIFICATION DU REGIME SOCIAL DE BASE

En cas de modification du Régime Social de Base, il suffit de le signaler à la Mutuelle qui adapte les cotisations à la nouvelle situation, de telle sorte que le remboursement cumulé du nouveau Régime Social de Base et du Régime Complémentaire Santé soit identique à celui qui existait avant le changement.

#### MODIFICATIONS DES BENEFICIAIRES

Les modifications concernant les bénéficiaires doivent être signalées à la Mutuelle dans les trois mois de la survenance d'un des événements suivants : vie maritale, mariage, naissance, adoption, décès, affiliation obligatoire à un régime Complémentaire Santé.

En dehors de ces cas, l'affiliation ou la radiation ne peuvent intervenir qu'à l'échéance annuelle.

#### EVOLUTION DES GARANTIES

Le contrat « **CRESCENDO** » est conçu pour évoluer en fonction des besoins des Assurés et de ses possibilités financières.

Ces évolutions peuvent consister dans l'augmentation des garanties ou leur diminution.

Les augmentations de garanties peuvent intervenir le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la signature du bulletin d'adhésion constatant la modification par l'Assuré.

Pendant les trois mois qui suivent, les cotisations sont dues au titre des nouvelles garanties : le remboursement des prestations intervient au titre des anciennes garanties.

Les diminutions de garanties peuvent intervenir à l'échéance principale.

Une garantie qui aura fait l'objet d'une diminution ne pourra plus être augmentée.

La



Prévoyance

## IV. GARANTIES

### IV-1 LEGISLATION APPLICABLE

Le contrat « **CRESCENDO** » s'inscrit dans la législation afférente aux « contrats responsables ».

Ces contrats ne peuvent rembourser certaines dépenses de santé que l'on peut classer en trois catégories : la participation forfaitaire, les sommes laissées à charge pour les actes hors du parcours de soins coordonné, les franchises.

#### LA PARTICIPATION FORFAITAIRE

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2005, chaque assuré garde à sa charge une « participation forfaitaire » de 1 € pour un certain nombre d'actes médicaux (principalement les consultations, visites et analyses effectuées en dehors d'une hospitalisation).

Les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes (du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse au 12<sup>ème</sup> jour après la naissance) et les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) en sont exemptés.

#### LE PARCOURS DE SOINS COORDONNE

La loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a introduit une notion nouvelle : le « parcours de soins coordonné ».

Celui-ci fait du Médecin traitant, que chaque assuré de plus de 16 ans choisit librement, le passage quasi obligé de l'accès au système de santé.

Les conséquences financières s'appliquent depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2006 : les consultations et actes médicaux qui ne rentrent pas dans le périmètre du parcours de soins coordonné sont moins bien remboursés par les Régimes Sociaux de Base et les Complémentaires relevant de la catégorie des contrats responsables ne peuvent prendre en charge ces déremboursements.

Ne sont pas remboursés :

- Par les Régimes Sociaux de Base et par les Complémentaires Santé : la majoration de participation (20% du Ticket Modérateur) ;
- Par les Régimes Complémentaire Santé : une partie des dépassements d'honoraires des médecins.

#### LES FRANCHISES

La loi de financement de la Sécurité Sociale de Décembre 2007 laisse à charge des assurés (à l'exception des mineurs, des femmes enceintes et des bénéficiaires de la CMU) :

- 0,50 € par boîte de médicament ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2,00 € par transport sanitaire

*LA PREVOYANCE, dans le cadre des contrats responsables,  
n'est pas autorisée à rembourser ces sommes qui restent donc à charge des assurés.*

**LE CONSEIL DE LA PREVOYANCE** : Pour bénéficier des meilleurs remboursements, respectez le parcours de soins coordonné, suivez les indications de votre médecin traitant.

## **IV-2 LES OPTIONS DE GARANTIE DE « CRESCENDO »**

Le contrat « **CRESCENDO** » complète les remboursements du Régime Social de Base dans une fourchette comprise entre, au minimum, le Ticket Modérateur et, au maximum, les frais réels, à l'exclusion des sommes non remboursables telles qu'elles découlent de la législation sur les « contrats responsables ».

Les remboursements cumulés du Régime Social de Base et du ou des Régimes Complémentaire Santé ne peuvent jamais excéder le montant de la dépense réelle.

Le contrat « **CRESCENDO** » propose cinq options comportant chacune des niveaux de garantie différents décrits ci-après et dénommées :

- **SOLO**
- **DUO**
- **TRIO**
- **QUATUOR**
- **QUINTETTE**

Lorsque les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement, elles s'entendent remboursement du Régime Social de Base inclus.

## **IV-3 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES**

Les garanties s'exercent en France Métropolitaine ainsi que dans les Territoires et les Départements d'Outre Mer.

Partout ailleurs, les garanties s'appliquent pour les séjours et voyages effectués à l'étranger ne dépassant pas trois mois consécutifs, pour tous les soins pris en charge par le Régime Social de Base et selon l'option de garantie souscrite.

## **IV-4 OPTION DE GARANTIES APPLICABLES**

L'option de garantie applicable est définie sur le bulletin d'adhésion signé conjointement par l'Assuré et par l'Assureur ou son délégataire.

En cas d'avenants successifs, c'est le dernier avenant qui définit l'option de garanties applicable.

Les garanties sont définies ci-après pour chaque option.

## SOLO

**SOLO** garantit les remboursements suivants :

### **TICKET MODERATEUR :**

Conformément à la législation sur les contrats responsables, le ticket modérateur peut être diminué de la majoration de participation pour les actes hors parcours de soins coordonné.

### **A ce ticket modérateur s'ajoutent les dépassements suivants :**

### **HOSPITALISATION :**

En sus du ticket modérateur, sont pris en charge :

- les frais de séjour : la chambre particulière, à hauteur de 30 € par journée d'hospitalisation telle que définie au Chapitre I « Définitions »,
- le forfait journalier à hauteur de 100% des frais réels.

Pour les enfants jusqu'à douze ans, prise en charge du lit d'accompagnement à hauteur de 15 € sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

### **OPTIQUE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses d'optique, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à hauteur de 45 € par année civile.

Ce montant est majoré de 20 € à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion.

Sont également prises en charge, dans la limite des montants ci-dessus, même en cas de non intervention du Régime Social de Base, les dépenses relatives à l'opération au laser de la myopie.

### **DENTAIRE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion, à hauteur de 95 € par année civile.

### **CURE THERMALE :**

Acceptée par le Régime Social de Base : versement d'un forfait de 50 €.

### **PRIME DE NAISSANCE :**

Versement d'un forfait de 50 € lors de la naissance d'un enfant né d'un père ou d'une mère assuré, sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

### **PREVENTION et autres garanties et services :**

Selon conditions précisées au chapitre VII « Les Plus de **CRESCENDO** ».

### **ASSISTANCE :**

Selon conditions précisées au chapitre « Assistance Juridique » pages 25 et 26.

## DUO

**DUO** garantit les remboursements suivants :

### **TICKET MODERATEUR :**

Conformément à la législation sur les contrats responsables, le ticket modérateur peut être diminué de la majoration de participation pour les actes hors parcours de soins coordonné.

### **A ce ticket modérateur s'ajoutent les dépassements suivants :**

### **SOINS COURANTS :**

Ces soins sont remboursés à hauteur de 125% de la Base de Remboursement, ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

On entend par soins courants, notamment :

- les consultations et visites médicales en cabinet ou à domicile,
- les actes des auxiliaires médicaux (soins infirmiers, actes de kinésithérapie),
- les actes de radiologie, les analyses de biologie.

Par extension, les prothèses non dentaires sont remboursées dans les mêmes conditions que les soins courants.

La liste ci-dessus n'est pas limitative : de convention, entrent dans la catégorie des « soins courants » toutes les dépenses de santé qui ne sont pas visées aux paragraphes ci-dessous : PHARMACIE, HOSPITALISATION, OPTIQUE, DENTAIRE, CURE THERMALE, PRIME DE NAISSANCE ET ASSISTANCE.

### **CAS PARTICULIER DE LA PHARMACIE :**

Les médicaments délivrés sur ordonnance médicale font l'objet d'un remboursement complémentaire limité dans tous les cas à 100 % du Tarif de Convention ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité, chaque fois que ce dernier est applicable.

### **HOSPITALISATION :**

En sus du ticket modérateur, sont pris en charge :

- les frais de séjour : la chambre particulière, à hauteur de 40 € par journée d'hospitalisation telle que définie au Chapitre I « Définitions »,
- le forfait journalier à hauteur de 100% des frais réels,
- les honoraires médicaux à hauteur de 125% de la Base de Remboursement ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

Pour les enfants jusqu'à douze ans, prise en charge du lit d'accompagnement à hauteur de 15 € sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

### **OPTIQUE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses d'optique, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à hauteur de 95 € par année civile.

Ce montant est majoré de 50 € à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion.

Sont également prises en charge, dans la limite des montants ci-dessus, même en cas de non intervention du Régime Social de Base, les dépenses relatives à l'opération au laser de la myopie.

### **DENTAIRE :**

Les soins et les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursés à hauteur de 125% du Tarif de Convention ou de la Base de Remboursement, remboursement du Régime Social de Base inclus.

En sus du remboursement ci-dessus, les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont complétées à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion, à hauteur de 120 € par année civile.

### **CURE THERMALE :**

Acceptée par le Régime Social de Base : versement d'un forfait de 100 €.

### **PRIME DE NAISSANCE :**

Versement d'un forfait de 50 € lors de la naissance d'un enfant né d'un père ou d'une mère assuré, sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

### **PREVENTION et autres garanties et services :**

Selon conditions précisées au chapitre VII « Les Plus de **CRESCENDO** ».

### **ASSISTANCE :**

Selon conditions précisées au chapitre « Assistance Juridique » pages 25 et 26.

## TRIO

**TRIO** garantit les remboursements suivants :

### **TICKET MODERATEUR :**

Conformément à la législation sur les contrats responsables, le ticket modérateur peut être diminué de la majoration de participation pour les actes hors parcours de soins coordonné.

### **A ce ticket modérateur s'ajoutent les dépassements suivants :**

#### **SOINS COURANTS :**

Ces soins sont remboursés à hauteur de 150% de la Base de Remboursement, ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

On entend par soins courants, notamment :

- les consultations et visites médicales en cabinet ou à domicile,
- les actes des auxiliaires médicaux (soins infirmiers, actes de kinésithérapie),
- les actes de radiologie, les analyses de biologie.

Par extension, les prothèses non dentaires sont remboursées dans les mêmes conditions que les soins courants.

La liste ci-dessus n'est pas limitative : de convention, entrent dans la catégorie des « soins courants » toutes les dépenses de santé qui ne sont pas visées aux paragraphes ci-dessous : PHARMACIE, HOSPITALISATION, OPTIQUE, DENTAIRE, CURE THERMALE, PRIME DE NAISSANCE ET ASSISTANCE.

#### **CAS PARTICULIER DE LA PHARMACIE :**

Les médicaments délivrés sur ordonnance médicale font l'objet d'un remboursement complémentaire limité dans tous les cas à 100 % du Tarif de Convention ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité, chaque fois que ce dernier est applicable.

#### **HOSPITALISATION :**

En sus du ticket modérateur, sont pris en charge :

- les frais de séjour : la chambre particulière, à hauteur de 50 € par journée d'hospitalisation telle que définie au Chapitre I « Définitions »,
- le forfait journalier à hauteur de 100% des frais réels,
- les honoraires médicaux à hauteur de 200% de la Base de Remboursement ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

Pour les enfants jusqu'à douze ans, prise en charge du lit d'accompagnement à hauteur de 15 € sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

### **OPTIQUE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses d'optique, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à hauteur de 155 € par année civile.

Ce montant est majoré de 50 € à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion.

Sont également prises en charge, dans la limite des montants ci-dessus, même en cas de non intervention du Régime Social de Base, les dépenses relatives à l'opération au laser de la myopie.

### **DENTAIRE :**

Les soins et les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursés à hauteur de 200% du Tarif de Convention ou de la Base de Remboursement, remboursement du Régime Social de Base inclus.

En sus du remboursement ci-dessus, les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base sont complétées, à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion, à hauteur de 150 € par année civile.

### **CURE THERMALE :**

Acceptée par le Régime Social de Base : versement d'un forfait de 150 €.

### **PRIME DE NAISSANCE :**

Versement d'un forfait de 100 € lors de la naissance d'un enfant né d'un père ou d'une mère assuré, sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

### **PREVENTION et autres garanties et services :**

Selon conditions précisées au chapitre VII « Les Plus de **CRESCENDO** ».

### **ASSISTANCE :**

Selon conditions précisées au chapitre « Assistance Juridique » pages 25 et 26.

## QUATUOR

**QUATUOR** garantit les remboursements suivants :

### **TICKET MODERATEUR :**

Conformément à la législation sur les contrats responsables, le ticket modérateur peut être diminué de la majoration de participation pour les actes hors parcours de soins coordonné.

### **A ce ticket modérateur s'ajoutent les dépassements suivants :**

### **SOINS COURANTS :**

Ces soins sont remboursés à hauteur de 200% de la Base de Remboursement, ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

On entend par soins courants, notamment :

- les consultations et visites médicales en cabinet ou à domicile,
- les actes des auxiliaires médicaux (soins infirmiers, actes de kinésithérapie),
- les actes de radiologie, les analyses de biologie.

Par extension, les prothèses non dentaires sont remboursées dans les mêmes conditions que les soins courants.

La liste ci-dessus n'est pas limitative : de convention, entrent dans la catégorie des « soins courants » toutes les dépenses de santé qui ne sont pas visées aux paragraphes ci-dessous : PHARMACIE, HOSPITALISATION, OPTIQUE, DENTAIRE, CURE THERMALE, PRIME DE NAISSANCE ET ASSISTANCE.

### **CAS PARTICULIER DE LA PHARMACIE :**

Les médicaments délivrés sur ordonnance médicale font l'objet d'un remboursement complémentaire limité dans tous les cas à 100 % du Tarif de Convention ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité, chaque fois que ce dernier est applicable.

### **HOSPITALISATION :**

En sus du ticket modérateur, sont pris en charge :

- les frais de séjour : la chambre particulière, à hauteur de 50 € par journée d'hospitalisation telle que définie au Chapitre I « Définitions »,
- le forfait journalier à hauteur de 100% des frais réels,
- les honoraires médicaux à hauteur de 250% de la Base de Remboursement ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

Pour les enfants jusqu'à douze ans, prise en charge du lit d'accompagnement à hauteur de 15 € sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

### **OPTIQUE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses d'optique, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à hauteur de 195 € par année civile.

Ce montant est majoré de 75 € à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion.

Sont également prises en charge, dans la limite des montants ci-dessus, même en cas de non intervention du Régime Social de Base, les dépenses relatives à l'opération au laser de la myopie.

### **DENTAIRE :**

Les soins et les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursés à hauteur de 250% du Tarif de Convention ou de la Base de Remboursement, remboursement du Régime Social de Base inclus.

En sus du remboursement ci-dessus, les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base sont complétées, à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion, à hauteur de 200 € par année civile.

### **CURE THERMALE :**

Acceptée par le Régime Social de Base : versement d'un forfait de 200 €.

### **PRIME DE NAISSANCE :**

Versement d'un forfait de 150 € lors de la naissance d'un enfant né d'un père ou d'une mère assuré, sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

### **PREVENTION et autres garanties et services :**

Selon conditions précisées au chapitre VII « Les Plus de **CRESCENDO** ».

### **ASSISTANCE :**

Selon conditions précisées au chapitre « Assistance Juridique » pages 25 et 26.

## QUINTETTE

**QUINTETTE** garantit les remboursements suivants :

### **TICKET MODERATEUR :**

Conformément à la législation sur les contrats responsables, le ticket modérateur peut être diminué de la majoration de participation pour les actes hors parcours de soins coordonné.

### **A ce ticket modérateur s'ajoutent les dépassements suivants :**

### **SOINS COURANTS :**

Ces soins sont remboursés à hauteur de 300% de la Base de Remboursement, ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

On entend par soins courants, notamment :

- les consultations et visites médicales en cabinet ou à domicile,
- les actes des auxiliaires médicaux (soins infirmiers, actes de kinésithérapie),
- les actes de radiologie, les analyses de biologie.

Par extension, les prothèses non dentaires sont remboursées dans les mêmes conditions que les soins courants.

La liste ci-dessus n'est pas limitative : de convention, entrent dans la catégorie des « soins courants » toutes les dépenses de santé qui ne sont pas visées aux paragraphes ci-dessous : PHARMACIE, HOSPITALISATION, OPTIQUE, DENTAIRE, CURE THERMALE, PRIME DE NAISSANCE ET ASSISTANCE.

### **CAS PARTICULIER DE LA PHARMACIE :**

Les médicaments délivrés sur ordonnance médicale font l'objet d'un remboursement complémentaire limité dans tous les cas à 100 % du Tarif de Convention ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité, chaque fois que ce dernier est applicable.

### **HOSPITALISATION :**

En sus du ticket modérateur, sont pris en charge :

- les frais de séjour : la chambre particulière, à hauteur de 60 € par journée d'hospitalisation telle que définie au Chapitre I « Définitions »,
- le forfait journalier à hauteur de 100% des frais réels,
- les honoraires médicaux à hauteur de 300% de la Base de Remboursement ou du Tarif de Convention, remboursement du Régime Social de Base inclus.

Pour les enfants jusqu'à douze ans, prise en charge du lit d'accompagnement à hauteur de 15 € sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

### **OPTIQUE :**

En sus du ticket modérateur, les dépenses d'optique, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursées à hauteur de 250 € par année civile.

Ce montant est majoré de 100 € à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion.

Sont également prises en charge, dans la limite des montants ci-dessus, même en cas de non intervention du Régime Social de Base, les dépenses relatives à l'opération au laser de la myopie.

### **DENTAIRE :**

Les soins et les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base, sont remboursés à hauteur de 300% du Tarif de Convention ou de la Base de Remboursement, remboursement du Régime Social de Base inclus.

En sus du remboursement ci-dessus, les dépenses de prothèses et d'orthodontie, prises en charge par le Régime Social de Base sont complétées, à l'issue de la deuxième année civile qui suit l'adhésion, à hauteur de 250 € par année civile.

### **CURE THERMALE :**

Acceptée par le Régime Social de Base : versement d'un forfait de 300 €.

### **PRIME DE NAISSANCE :**

Versement d'un forfait de 200 € lors de la naissance d'un enfant né d'un père ou d'une mère assuré, sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

### **PREVENTION et autres garanties et services :**

Selon conditions précisées au chapitre VII « Les Plus de **CRESCENDO** ».

### **ASSISTANCE :**

Selon conditions précisées au chapitre « Assistance Juridique » pages 25 et 26.

## **V. PAIEMENT DES PRESTATIONS**

### **V-1 TELETRANSMISSION ET TIERS PAYANT**

Le paiement des prestations intervient grâce aux données transmises par voie électronique, d'une part, par l'organisme de gestion du Régime Social de Base et, d'autre part, par les professionnels de santé qui acceptent le tiers payant.

On entend par tiers payant, le paiement, par la Mutuelle directement au professionnel de santé, de la part complémentaire des prestations et fournitures.

A cet effet, l'Assuré se voit délivrer une attestation d'assurance appelée « carte de tiers payant » qui lui permet de justifier de sa qualité d'assuré auprès du professionnel de santé.

Enfin, sur demande, une prise en charge peut être délivrée.

### **V-2 DOCUMENTS**

Lorsque la télétransmission n'est pas mise en œuvre, le paiement des prestations intervient sur la base des originaux des volets de remboursement édités par le Régime Social de Base, accompagnés, le cas échéant, des notes d'honoraires et factures acquittées, lorsque les frais réellement exposés ne figurent pas sur les volets mentionnés plus haut.

En tout état de cause, LA PREVOYANCE se réserve la possibilité de subordonner le paiement à la production de tout document de nature à justifier la date, le montant et la nature des prestations dont le remboursement lui est demandé.

### **V-3 MODALITES DE PAIEMENT**

Le paiement des prestations intervient par virement.

En l'absence de tiers payant, c'est toujours l'Assuré qui perçoit les prestations sans que quiconque puisse faire valoir un droit quelconque, quand bien même il viendrait à démontrer que les frais ont été engagés par lui.

### **V-4 JUSTIFICATIFS DES PRESTATIONS PAYEES**

L'Assuré a la possibilité de connaître à tout moment l'état de ses remboursements par une connexion personnelle et sécurisée sur le site Internet de LA PREVOYANCE, [www.la-prevoyance.com](http://www.la-prevoyance.com).

Les codes d'accès sont communiqués à l'Assuré lors de l'adhésion.

Pour les assurés qui ne disposent pas d'accès Internet, un décompte papier leur est périodiquement adressé.

### **V-5 RECLAMATIONS**

Le délai de paiement ou de réclamation est limité à 6 mois après la date des soins ou l'achat des fournitures ; passé ce délai, aucun remboursement ne pourra être sollicité et aucune réclamation ne pourra être prise en compte.

**LE REMBOURSEMENT EST REFUSE**

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de non intervention du Régime Social de Base, sauf les cas expressément prévus au présent contrat ;
- pour les actes médicaux effectués et les fournitures médicales acquises, soit antérieurement à la prise d'effet de la garantie, soit postérieurement à la date de cessation de la garantie ;
- pour les actes hors nomenclatures, sauf les cas expressément prévus au présent contrat ;
- pendant les délais d'attente lorsqu'ils s'appliquent.

**LE REMBOURSEMENT EST LIMITE :**

Le remboursement est limité au seul Ticket Modérateur, pour les maladies, accidents, ainsi que leurs suites provoquées :

- intentionnellement ;
- par l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement ;
- par les faits de guerre qui sont couverts par la législation particulière à intervenir ;
- par la désintégration ou la transformation du noyau atomique ;

Et pour :

- les soins et interventions de chirurgie esthétique ainsi que leurs suites, sauf en cas de chirurgie réparatrice ou reconstructrice : la charge de la preuve incombe à l'Assuré ;
- les actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés ;
- les séjours effectués dans des établissements spécialisés tels que sanatorium, préventorium, aérium, centre de réadaptation ou de rééducation, les séjours en maison de repos ou de convalescence, sauf s'ils font suite sans interruption à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- les séjours en centre psychiatrique ;
- l'hospitalisation ou le séjour en centre de moyen et long séjour ;
- les séjours et soins en relation avec les cures à l'exception du forfait versé pour les cures thermales.

## VI. COTISATIONS

### VI-1 DETERMINATION ET EVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées, pour chaque Assuré et chaque Bénéficiaire, en fonction du Régime Social de Base et de l'âge : toutefois, pour la détermination des cotisations, le nombre d'enfants cotisants de 17 ans et moins est limité à deux par contrat.

L'âge est déterminé au 1<sup>er</sup> Janvier par différence de millésime avec l'année de naissance.

Les tranches d'âge sont fixées comme suit :

- de 0 à 17 ans ;
- de 18 à 20 ans ;
- de 21 à 24 ans ;
- à partir de 25 ans par tranche de 5 années (25 à 29 ans, 30 à 34 ans, etc.) jusqu'à 70 ans.

La dernière tranche d'âge se situe à 70 ans.

Les cotisations et les garanties évoluent, conformément aux statuts, sur décision de l'Assemblée Générale, ou, par délégation, du Conseil d'Administration, notamment sur la base :

- des modifications de la législation sociale qui ont une incidence sur le niveau d'intervention des Régimes Complémentaire Santé,
- des variations de la consommation médicale et des tarifs des fournitures et des actes médicaux.

### VI-2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables annuellement d'avance, par chèque, virement ou prélèvement automatique.

Le paiement peut également intervenir mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, sans que cette faculté puisse faire obstacle au principe du paiement annuel d'avance.

En cas de paiement fractionné, le paiement intervient obligatoirement par prélèvement : les frais d'échéance s'établissent à 0,75 € par mois.

#### ATTENTION :

- Pensez à :
- Alimenter votre compte ;
  - Nous indiquer toute modification pouvant affecter votre compte ;
- En cas de rejet les frais resteront à votre charge.

En cas de rejet de prélèvement, la cotisation rejetée est présentée une nouvelle fois par La PREVOYANCE, lors de la prochaine échéance, avec la cotisation suivante ; l'Assuré en est préalablement averti.

En cas de nouveau rejet, la totalité des sommes restant dues jusqu'à l'échéance annuelle suivante est échue et les dispositions de l'article VI-2 ci dessous sont applicables.

En outre, les frais de rejet, de mise en demeure et de recouvrement sont à la charge de l'Assuré.

### **VI-3 LE DEFAUT DE PAIEMENT (article L. 221-7 du Code de la Mutualité)**

A défaut de paiement des cotisations, ou fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour LA PREVOYANCE de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

LA PREVOYANCE a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à LA PREVOYANCE la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

## VII. LES PLUS DU CONTRAT « CRESCENDO »

### PREVENTION

#### *OSTEODENSITOMETRIE*

Cet examen permet de mesurer la densité osseuse.

Tout Assuré d'un contrat «CRESCENDO» a droit à la prise en charge de cet examen, qu'il soit pris en charge ou non par le Régime Social de Base, à hauteur de 100 % du Tarif de Convention, à partir de 50 ans dans la limite d'un examen tous les deux ans.

#### *ORTHOPAN*

C'est une radiographie complète de la denture.

Tout Assuré d'un contrat « CRESCENDO » a droit à la prise en charge de cet examen, qu'il soit pris en charge ou non par le Régime Social de Base, à hauteur de 100 % du Tarif de Convention, dans la limite d'un examen tous les cinq ans jusqu'à 20 ans, puis, tous les 10 ans.

#### *VACCIN ANTIGRIPPE, PILULE MICRODOSEE, SUBSTITUT NICOTINIQUE*

Tout Assuré « CRESCENDO » bénéficie, une fois par année civile, du remboursement d'une des prestations ci-dessus dans la limite de 30 €.

D'un point de vue pratique, pour obtenir le remboursement de ces actes, il suffit d'adresser à LA PREVOYANCE la prescription médicale, l'identité de la personne bénéficiaire, accompagnée de la facture acquittée.

### FAMILLE

SEULS LES DEUX PREMIERS ENFANTS COTISENT, A PARTIR DU TROISIEME ENFANT ASSURE, LES COTISATIONS ENFANTS SONT OFFERTES.

#### *ENFANTS NOUVEAUX NES OU ADOPTES*

Les enfants nouveau-nés ou adoptés inscrits avec leurs parents, ou l'un d'eux, dans les 30 jours suivant leur naissance ou leur adoption, bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant le mois de leur naissance ou de leur adoption, ainsi que pendant les trois mois qui suivent.

## **PRESTATIONS NON REMBOURSEES PAR LES REGIMES SOCIAUX DE BASE**

### **IMPLANTS DENTAIRES**

Les options TRIO, QUATUOR et QUINTETTE versent, à l'expiration d'un délai de deux années civiles après l'adhésion, une participation forfaitaire unique par implant dentaire égale, selon l'option souscrite à :

- TRIO : 150 €
- QUATUOR : 200 €
- QUINTETTE : 250 €

## **CONFORT**

### **FRAIS DE LOCATION DE TELEVISEUR A L'HOPITAL**

Les options TRIO, QUATUOR et QUINTETTE bénéficient, dans les mêmes conditions de prise en charge que la Chambre particulière, du remboursement des frais de location d'un téléviseur pendant la durée de l'hospitalisation.

D'un point de vue pratique, il convient de nous adresser la facture acquittée, délivrée par l'organisme de location ou, selon le cas, par l'hôpital.

## **COMMISSION DES PRESTATIONS SOCIALES ET EXCEPTIONNELLES**

Tout Assuré peut saisir la « COMMISSION DES PRESTATIONS SOCIALES ET EXCEPTIONNELLES » de La PREVOYANCE.

Cette Commission a pour objet d'apporter une aide financière ou de faire bénéficier les Assurés du remboursement de prestations non expressément prévues au contrat.

La Commission est composée d'Administrateurs élus par l'Assemblée Générale avec, à sa tête un Président.

Elle est dotée d'un budget voté annuellement par l'Assemblée Générale.

Pour saisir la Commission des Prestations Sociales et Exceptionnelles, il suffit d'adresser un courrier à son Président ou de demander à votre correspondant de le faire pour vous.

Vous recevrez alors un courrier accusant réception de la saisine de la Commission vous indiquant la date à laquelle votre demande passera en Commission.

Dès que la Commission a statué, vous êtes informé de sa décision : celle-ci n'est pas susceptible de recours.

# ASSISTANCE JURIDIQUE

## 1. DEFINITION DE L'ASSISTANCE JURIDIQUE

Tout adhérent à « **CRESCENDO** », à jour de cotisations, bénéficie de l'ASSISTANCE JURIDIQUE telle que définie ci-après.

On entend par adhérent, le souscripteur à titre individuel d'un contrat Complémentaire Santé dénommé « **CRESCENDO** ».

A ce titre, tout adhérent peut demander tout renseignement juridique par téléphone ou par écrit.

Un renseignement peut faire l'objet d'une confirmation écrite à la demande de l'adhérent, dans la limite de quatre par année civile.

## 2. PERSONNES PROTEGEES

Outre les adhérents à la garantie Complémentaire Santé « **CRESCENDO** », sont garantis le conjoint ou concubin ainsi que les enfants mineurs assurés avec l'adhérent.

**CAS PARTICULIERS :** lorsqu'une question ou un litige juridique concerne ou oppose plusieurs personnes protégées dans le cadre d'un même contrat complémentaire santé, l'ASSISTANCE JURIDIQUE bénéficie exclusivement au souscripteur tel que celui-ci est désigné ci-dessus.

## 3. DATE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE « ASSISTANCE JURIDIQUE »

L'assistance juridique prend effet à la même date que le contrat Complémentaire Santé: elle cesse le jour de la résiliation de ce contrat.

## 4. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

LA PREVOYANCE a délégué la gestion de l'Assistance Juridique à :

**JURIS-DIALOG, Société d'Avocats**  
**1 rue du Dôme**  
**67000 STRABOURG**  
**Tél : 03 88 75 80 40**

Le service est accessible tous les jours ouvrables de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures.

L'adhérent est invité à communiquer à JURIS-DIALOG les informations permettant son identification, à savoir : ses nom, prénom, adresse et, dans la mesure du possible, son numéro de contrat Complémentaire Santé.

## 5. DOMAINES DE L'ASSISTANCE JURIDIQUE

Il est rappelé que la présente ASSISTANCE JURIDIQUE se limite au renseignement avec possibilité, pour l'adhérent, de demander une confirmation écrite dans la limite de quatre par année civile.

Toute autre prestation ne relève pas de la présente garantie.

**Tous les domaines du droit sont couverts, sous les seules exceptions ci-après :**

- 1. Droit pénal : les infractions, crimes et délits relevant du droit pénal ainsi que les actions civiles qui leur sont connexes.**

**Par dérogation, sont couvertes :**

- **les infractions et délits au code de la route, sauf celles commises sous l'emprise de l'alcool, d'un stupéfiant ou d'une substance médicamenteuse non ordonnée médicalement et celle relevant d'un défaut de permis de conduire valide,**
- **les infractions pénales au droit du travail.**

- 2. Les affaires déjà pendantes devant une juridiction ainsi que celles qui lui sont annexes ou connexes.**

- 3. Les consultations faisant appel à un service non agréé par LA PREVOYANCE.**

## 6. SECRET PROFESSIONNEL (article L 224-6 Code de la Mutualité)

Le personnel de LA PREVOYANCE qui peut avoir à connaître des informations données par un bénéficiaire pour les besoins de la cause est tenu par le secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal.

## 7. COTISATIONS

La présente garantie est acquise moyennant paiement d'une cotisation par adhérent de **1,25 € par mois**.

La cotisation est appelée sur le même bordereau et payable en même temps que la garantie Complémentaire Santé.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction dans les 10 jours de son échéance, LA PREVOYANCE, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, adresse à l'adhérent une mise en demeure l'informant des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

A défaut de paiement dans les 30 jours après la mise en demeure, la garantie est suspendue : l'adhérent est informé qu'à l'expiration de ce délai, le défaut de paiement entraîne la résiliation du contrat.

Si, à l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus, la cotisation demeure impayée, le contrat est résilié de plein droit, indépendamment du droit pour LA PREVOYANCE de réclamer en justice le paiement des cotisations échues.