

IMPORTANT : les règles d'or pour une bonne connaissance de votre contrat santé

Attention, ce mémento ne reprend que quelques informations indispensables à connaître et ne remplace en aucun cas vos conditions générales.

Le remboursement des frais de santé est sous-traité à un organisme spécialisé dans la gestion des prestations santé. Les décomptes de votre Régime Obligatoire peuvent être envoyés directement à cette adresse :

**AGLAE Gestion
114 Boulevard Vivier Merle
69439 LYON CEDEX 3**

Comment me faire rembourser mes prestations ?

- La liaison NOEMIE est mise en place (uniquement avec la RAM)
La télétransmission entre AGLAE Gestion et votre centre RSI (Régime Social des Indépendants) fonctionne. Vous n'avez rien à envoyer pour obtenir votre remboursement. Le RSI envoie les décomptes directement à AGLAE Gestion par télétransmission.

- La liaison NOEMIE ne peut fonctionner :
Vous devez envoyer vos décomptes originaux RSI pour obtenir le remboursement.

Comment obtenir une prise en charge ?

Vous devez faire la demande directement auprès d'AGLAE Gestion, soit par courrier, soit par téléphone au 04 78 66 37 70

Bon à savoir

- Les consultations chez votre ophtalmologiste sont prises en charge, mais les frais d'optique (lunettes, lentilles) ne sont pas garantis.
- Les médicaments à 35 % (vignettes bleues) ne sont pas pris en charge
- A l'hôpital, les frais de confort (télévision, chambre particulière) restent à votre charge

Votre attestation

L'attestation d'assurance que nous vous envoyons n'est pas une carte de tiers payant. Elle justifie votre adhésion au contrat santé d'Entrepreneurs de la Cité.

Le tiers payant

A partir du 01/01/2012, le contrat Santé Entrepreneurs de la Cité offre le tiers payant. Vous recevrez la carte de tiers payant sous pli séparé. Cette carte est à présenter à la pharmacie ou à l'hôpital pour ne pas faire l'avance de frais relatifs à la complémentaire Santé.

Les Prothèses dentaires

Le délai d'attente est de 6 mois après la souscription du contrat.
Nous vous conseillons d'envoyer un devis dentaire avant d'entamer les soins.

PRIMAMUT

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 382 565 745 et relevant de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles sise 61 rue Taitbout 75009 Paris. Membre de AGMUT.

Conditions Générales FRAIS DE SANTE

Adhésion collective facultative

Contrat N° 0L00767/M

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES.....	2
PREAMBULE.....	2
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT.....	2
ARTICLE 2 - DATE D'EFFET / RECONDUCTION DU CONTRAT / AFFILIATIONS INDIVIDUELLES.....	2
ARTICLE 3 - PERSONNES GARANTIES ET BENEFICIAIRES.....	2
ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 5 – CESSATION DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 6 - COTISATIONS.....	3
ARTICLE 7 – PRESCRIPTION DES ACTIONS.....	4
CHAPITRE II - DEFINITION DES GARANTIES.....	4
ARTICLE 8 - NIVEAU DES GARANTIES.....	4
ARTICLE 9 - FRAIS GARANTIS.....	4
ARTICLE 10 - LIMITES DES GARANTIES – EXCLUSIONS.....	4
ARTICLE 11 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS.....	5
CHAPITRE III - REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 12 - PRESENTATION DES DOSSIERS.....	6
ARTICLE 13 - PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 14 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE.....	6
ARTICLE 15 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	6
ARTICLE 16 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	6

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

PREAMBULE

Il a été conclu entre l'Association des Assurés « Entrepreneurs de la Cité » (association loi 1901), située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69003 Lyon et la Mutuelle PRIMAMUT (Mutuelle régie par le Code de la mutualité) située 35/37 Boulevard Brune, 75014 Paris, une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative. Cette convention est ouverte aux membres de l'association des Assurés « Entrepreneurs de la Cité ».

Cette convention est régie par le Code de la mutualité, les présentes conditions générales, les documents d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taibout 75009 Paris.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux assurés définis à l'article 3 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Pour tous les aspects ne faisant pas l'objet des présentes conditions générales, d'une dérogation ou d'un aménagement de celles-ci précisé au contrat et à ses conditions particulières, il sera fait application de la réglementation de la mutuelle.

Les conditions du contrat mises en œuvre par l'adhérent auprès de PRIMAMUT sont celles d'un contrat collectif facultatif.

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET / RECONDUCTION DU CONTRAT / AFFILIATIONS INDIVIDUELLES

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il est souscrit par l'ASSOCIATION DES ASSURES DE LA FONDATION « ENTREPRENEURS DE LA CITE », dénommée ci-après « association souscriptrice », pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les affiliations individuelles sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvellent, à effet du 1^{er} Janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'adhérent exprimée au moins deux mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année sans délai est possible pour tout assuré qui peut bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire. La résiliation par un adhérent s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

ARTICLE 3 - PERSONNES GARANTIES ET BENEFICIAIRES

Sont assurés au titre du présent contrat les membres adhérents de l'ASSOCIATION DES ASSURES DE LA FONDATION « ENTREPRENEURS DE LA CITE » appartenant à la catégorie mentionnée aux conditions particulières qui adhèrent de manière facultative pour eux-mêmes et les bénéficiaires ci-après définis.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat :

- **l'assuré social affilié dénommé « adhérent »**,
et, par extension sous réserve d'une cotisation supplémentaire, dans le cas d'une expression de la cotisation par bénéficiaire (adulte/enfant ; 1/2/3 bénéficiaires) :
- **son conjoint (salarié ou non)**,
- **son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec le l'adhérent.** Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec l'adhérent, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié à l'adhérent par un Pacs et n'est pas ayant droit de l'adhérent au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage: attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de lamille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance EDF-TELECOM au nom de chacun),
- **les enfants à charge répondant à la définition suivante :**
 - les enfants de moins de 21 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - les enfants de moins de 26 ans à charge de l'adhérent au sens de la législation fiscale à savoir :
 - } les enfants de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - } les enfants de l'adhérent auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,

- } prise en compte dans le calcul du quotient familial, ou
- } ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
- } bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'adhérent est autorisé à déduire de son revenu imposable

Dans le cadre de la structure de cotisation « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

- toute personne à charge de l'adhérent, au sens des assurances sociales.

Les personnes visées ci-dessus, qui n'ont pas été rattachées au présent contrat lorsque l'adhérent y a adhéré, pourront être rattachées postérieurement au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année. Elles se verront alors appliquer les délais d'attente prévus à l'article 4.

AFFILIATIONS INDIVIDUELLES

Les assurés remplissent un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

PRIMAMUT se réserve le droit, à tout moment, de demander à l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Sésame vitale, avis d'imposition).

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties définies au chapitre II prennent effet :

a) sans délai d'attente :

- pour tous les assurés quelle que soit leur date d'affiliation, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation d'origine accidentelle, les postes de garantie consultations et actes médicaux, pharmacie, analyses, radiologies et soins dentaires,
- pour les personnes d'une catégorie mentionnée aux conditions particulières membres de l'association lors de l'adhésion et affiliés dans les deux mois suivant la date d'effet du contrat,
- pour les nouveaux membres de l'association d'une catégorie mentionnée aux conditions particulières et sous réserve que l'affiliation intervienne dans les deux mois suivant l'adhésion à l'association,
- pour tous les assurés d'une catégorie mentionnée aux conditions particulières justifiant avoir bénéficié dans les deux mois précédant leur affiliation d'une garantie complémentaire comparable auprès d'un autre organisme et sur production d'un certificat de radiation,
- pour tous les assurés d'une catégorie mentionnée aux conditions particulières justifiant dans les deux mois précédant leur demande d'affiliation d'un des changements de situation familiale suivants : mariage,

signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité ou d'un enfant,

- si les frais sont occasionnés par un accident. Un accident est caractérisé par une lésion de l'organisme provoquée par un événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'assuré. La preuve du caractère accidentel incombe à l'assuré.

b) après un délai d'attente de 6 mois courant à compter de la date d'affiliation des assurés aux garanties, dans tous les autres cas.

Les frais de prothèses dentaires ne sont pas assimilés aux soins dentaires et subissent donc le dit délai d'attente.

ARTICLE 5 – CESSATION DES GARANTIES

Pour tous les bénéficiaires, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel l'adhérent perd sa qualité de membre de l'association.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat collectif ou des affiliations individuelles.

En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit de l'adhérent décédé.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

MONTANT DES COTISATIONS

Il est déterminé selon l'effectif affilié dans la catégorie définie au contrat et mentionné aux conditions particulières.

PAIEMENT

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance et appelées par prélèvement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent.

Le membre adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure.

Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

INDEXATION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions Particulières sont indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille de PRIMAMUT.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'association souscriptrice, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque l'association souscriptrice du présent contrat s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'association souscriptrice sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, le contrat est reconduit sur la base des cotisations indexées.

REVISION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui prend en compte l'équilibre (rapport prestations / cotisations) du contrat frais de santé de l'association souscriptrice ou du groupe d'adhérents clairement identifié aux conditions particulières du contrat, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque l'association souscriptrice du présent contrat s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à la révision, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'association souscriptrice sur la révision avant le 10 décembre de l'année en cours, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées.

Les nouvelles cotisations sont formalisées par avenant au contrat.

ARTICLE 7 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes conditions générales sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

CHAPITRE II - DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

ARTICLE 8 - NIVEAU DES GARANTIES

Le niveau des prestations garanties est indiqué aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 9 - FRAIS GARANTIS

Sont couverts, sauf stipulations contraires dans les conditions particulières, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de la formule de couverture retenue. Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

ARTICLE 10 - LIMITES DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **les frais de soins :**
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par PRIMAMUT sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues au contrat,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une

notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,

- au titre de la législation sur les pensions militaires,
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

- la contribution forfaitaire restant à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

**montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite*

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité Sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité Sociale, les règlements éventuels de PRIMAMUT seront effectués après avis des praticiens-conseils de PRIMAMUT.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par la mutuelle se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de PRIMAMUT.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'adhérent de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. PRIMAMUT peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de PRIMAMUT.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de Sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à PRIMAMUT une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

ARTICLE 11 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Si le présent contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de PRIMAMUT ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'adhérent après participation de la Sécurité Sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

La garantie accordée à un conjoint ou un concubin affilié à un régime de Sécurité Sociale autre que celui des salariés ne peut dépasser celle qui aurait été accordée s'il avait bénéficié du régime des salariés.

CHAPITRE III - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 12 - PRESENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées à l'Association des Assurés « Entrepreneurs de la Cité ».

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité Sociale,

Et dans tous les cas :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par PRIMAMUT auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de la prestation, est tenu à la disposition des assurés sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

ARTICLE 13 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire ou postal sur le compte de l'adhérent. A cet effet, un relevé d'identité bancaire ou postal devra être remis avec chaque bulletin d'affiliation.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'Association des Assurés « Entrepreneurs de la Cité », les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

ARTICLE 14 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, PRIMAMUT délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, les frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux conditions particulières) normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, PRIMAMUT délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de fournir à PRIMAMUT les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

ARTICLE 15 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par PRIMAMUT, à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, PRIMAMUT est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 16 – DISPOSITIONS DIVERSES

LITIGES JUDICIAIRES

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations, entre l'adhérent et la mutuelle, est, de convention expresse entre les parties au présent contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de la mutuelle.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes), sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de PRIMAMUT, auprès d'AG2R-DSEC – 35 Boulevard Brune – 75680 Paris Cedex 14.