Mon Gustave
le comparateur #malin

Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

AFI santé

IMMÉDIAT 100% SANTÉ FAMILLE

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

(Valant Conditions Générales)

SOMMAIRE

LEXIQUE 3
PREAMBULE 5
1. INFORMATIONS GENERALES....6
1.1 OBJET DE L'ADHESION 6
1.2 CONDITIONS D'ADHESION 6
1.3 MODALITÉS D'ADHESION 6
1.4 PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION 6
1.5 RESILIATION DE L'ADHESION 6
1.6 DECLARATIONS 8
2. LA GARANTIE....8
2.1 CONDITIONS DES GARANTIES....8
2.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES....9
2.3 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE 9
2.4 GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS 9
2.5 LISTE DES 13 ACTES DE PRESTATIONS DE PREVENTION 15
2.6 EXCLUSIONS 16
2.7 LIMITE DE PRESTATIONS....17
2.8 CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE....17
3. MODIFICATIONS DES GARANTIES....17
3.1 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT 18
3.2 ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 19
4. PRESTATIONS 19
4.1 CONTRÔLE DES DÉPENSES 21
5. COTISATIONS....21
6. AUTRES INFORMATIONS....22
6.1 SUBROGATION 22
6.2 PRESCRIPTION....22
6.3 EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION....23
6.4 AUTORITE DE CONTROLE 24
6.5 FONDS DE GARANTIE 24
6.6 RENONCIATION A L'ADHESION....24
7. VENTE À DISTANCE : CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DROIT DE RENONCIATION 25
8. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL 25

LEXIQUE

ANNEE D'ASSURANCE : Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

ASSURE(S) : Il s'agit du membre participant et de ses éventuels ayant droit affiliés, tels que définis ci-après au sein des présentes dispositions particulières.

ASSUREUR : Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

AVENANT : Il s'agit du document établi par l'assureur ou son gestionnaire et envoyé au membre participant, constatant une modification du contrat.

AYANT DROIT : Est considéré comme ayant droit, le conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, ses enfants, petits-enfants au sens du Code civil.
Les enfants âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève le membre participant ou son conjoint,

- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
  - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
  - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
  - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005 sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire du membre participant ou celui de son conjoint.

Le conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement doit être âgé au plus de 65 ans (inclus) au jour de son affiliation.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.
- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

ÉCHEANCE PRINCIPALE : Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

FORFAIT : Montant payable par assuré une fois par année d'assurance. Le forfait équipement optique est versé une fois tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf exceptions prévues dans la présente Notice d'information).
Le forfait aides auditives est versé tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

MALADIE : C'est toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à la garantie Immédiat 100% Santé Famille.

NULLITE : C'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.

OPTAM / OPTAM CO : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.
Certains médecins/praticiens ont signé un contrat favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

PARCOURS DE SOINS : Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

REGIME OBLIGATOIRE : Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le membre participant et ses éventuels ayants droit (Régime général de la sécurité sociale ; Régime sécurité sociale des indépendants ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime spéciaux).

SINISTRE : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieur.

TICKET MODERATEUR (TM) : Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

PREAMBULE

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MAP 19 entre :

• d'une part l'Association APSAP, située au 112 avenue de Paris - CS 60002 - 94306 Vincennes.

• et d'autre part l'organisme assureur Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON.

• Ce contrat est ouvert aux membres de l'association APSAP.

La gestion du contrat est déléguée à AFI ASSURANCES, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex. Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Il est composé de :

- La présente notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat

- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,

- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MAP 19, souscrit par l'association APSAP auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

1. INFORMATIONS GENERALES

1.1 OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le membre participant et/ou ses ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

1.2 CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes auprès de l'assureur et à l'association APSAP,
- relever du Régime Obligatoire français,
- avoir au minimum 18 ans et au plus 54 ans (inclus) lors de l'adhésion pour le membre participant et au plus 65 ans pour son conjoint, époux ou épouse, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement.
- **résider en France Métropolitaine ou en Corse.**

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.
Le régime Monégasque n'a pas accès à cette gamme.

Il est précisé que la gamme n'est pas éligible au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L.861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

1.3 MODALITÉS D'ADHESION

Le membre participant après avoir pris connaissance de la Notice d'Information contractuelle et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.
Il devra désigner ses éventuels ayants droit.
Le membre participant devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Formule 1, Formule 2, Formule 3, Formule 4, Formule 5, Formule 6, Formule 7, Formule 8).
Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droits affiliés.
Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.
Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association APSAP dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée chaque mois. A ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

1.4 PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion.
Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet au siège du gestionnaire.
La date d'échéance de l'adhésion est fixée à la date d'effet du contrat.
L'adhésion est reconduite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance de l'adhésion ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHESION ».
Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion, sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe « résiliation de l'adhésion ».
En cours de contrat, aucun assuré ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

1.5 RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

- **Formes de la résiliation**

Lorsque la résiliation vient du membre participant, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

AFI ASSURANCES, 12 Rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES CEDEX
La résiliation peut également être faite selon les modalités définies ci-dessous au paragraphe « Résiliation par le membre participant ».

- **Conséquences de la résiliation**

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

- **Résiliation par le membre participant**

Le membre participant peut résilier son adhésion :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :
    1. Soit par lettre ou tout autre support durable ;
    2. Soit par déclaration faite au siège d'AFI ASSURANCES ;
    3. Soit par acte extrajudiciaire ;
    4. Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
    5. Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

  AFI ASSURANCES confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, AFI ASSURANCES sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.
- en cas de modification de garantie, dans le mois qui suit la date où le membre participant a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- à l'échéance principale de son adhésion, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, au plus tard de 2 (deux) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, adressée à son délégataire de gestion. La demande doit indiquer son numéro de contrat son numéro de membre participant ainsi que la date d'échéance principale de son adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.
- en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.
- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.
- en cas d'adhésion à une assurance santé collective obligatoire.

- **Résiliation par l'assureur**

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L.221-8 du Code de la mutualité), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du membre participant sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L.221-15 du Code de la mutualité). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque (article L221-14 du Code de la mutualité)

- **Résiliation de plein droit**

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès du membre participant. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- **en cas de départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à trois (3) mois du membre participant ou de l'un de ses ayants droit. La résiliation prend effet le 1er jour du mois suivant le terme des trois (3) mois hors de France. En cas de résiliation d'un ou plusieurs ayants droit du membre participant, le contrat se poursuit avec les autres assurés.**

1.6 DECLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par le membre participant pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et le membre participant doit fournir des réponses exactes.

- **À l'adhésion**

Le membre participant doit répondre avec précision aux demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

- **En cours de contrat**

Le membre participant doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile ou un départ hors de France pour une durée supérieure à 3 mois,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : AFI ASSURANCES, 12 Rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES CEDEX.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification. En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle (article L.221-14 du Code de la mutualité) et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant au membre participant le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite (article L.221-15 du Code de la mutualité) à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation du membre participant.

2. LA GARANTIE

2.1 CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés au Régime Obligatoire français.
Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.
En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

2.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent effet immédiatement à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.
A défaut, la garantie sera acquise à la date d'adhésion précisée par avenant.

2.3 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine et Corse pour des frais engagés en France métropolitaine.
Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées dans le monde entier lors de voyages ou de séjours **n'excédant pas trois (3) mois par an** (consécutifs ou non). **Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.**
Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.
Les règlements sont effectués en France et en euros.

2.4 GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (Formule 1, Formule 2, Formule 3, Formule 4, Formule 5, Formule 6, Formule 7, Formule 8) dont les prises en charge par poste sont détaillées dans le tableau de garanties.

Les montants de prise en charge s'entendent :

- en complément du régime obligatoire (à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la part du régime de base)
- dans la limite du niveau de prise en charge indiqué dans le tableau de garanties et de la formule choisie indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les montants de prise en charge, figurant dans le tableau des garanties annexées aux présentes dispositions particulières, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage de la base de remboursement BRSS en vigueur fixé par le Régime Obligatoire
- en Frais réels (FR),
- en montant exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie.

Tableau des garanties :

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie.
Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogations prévues dans la présente Notice d'information.
Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée. Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

IMMÉDIAT 100% SANTÉ FAMILLE
Tableau de Garanties

			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7	NIVEAU 8
Âge limite de souscritption			54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans
HOSPITALISATION & MATERNITÉ [1]										
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité)[2]			Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité)[2]			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Dès la 1ère année	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
		BONUS FIDELITÉ Dès la 3ème année	115%	150%	175%	200%	225%	275%	325%	375%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Hors OPTAM / OPTAM CO*		100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier [3]			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [4] **			-	40€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	90€ / jour
Transport du malade (sauf cures thermales)			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lit d'accompagnement (maxi 15 jours par an)			-	10€ / jour	10€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	20€ / jour	25€ / jour
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an)			-	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour
SOINS COURANTS										
Honoraires médicaux de médecins spécialistes et généralistes - Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Dès la 1ère année	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
		BONUS FIDELITÉ Dès la 3ème année	115%	125%	150%	175%	200%	225%	275%	325%
Honoraires médicaux de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	Hors OPTAM / OPTAM CO*		100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%	200%
Analyses et examents de laboratoires			100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Honoraires paramédicaux			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : - prothèses et appareillages (autres que dentaires et aides auditives) - complément pour petit appareillage, forfait par an			100% -	100% 30€	100% 50€	100% 75€	100% 100€	100% 125€	100% 150€	100% 200€
Médicaments remboursés par le RO			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés par le RO (y compris vaccins, contraceptifs)**			-	30€ / an	30€ / an	40€ / an	40€ / an	50€ / an	50€ / an	60€ / an
OPTIQUE										
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte[5] dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de plus de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans										
100% SANTÉ		Verres classe A	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
		Montures classe A	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Forfait optique équipement complet remboursé par le RO (2 verres + montures)[6]	2 verres simples ou 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1ère et 2ème année	100%	125€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
		BONUS FIDELITÉ Dès la 3ème année	100%	150€	200€	250€	300€	350€	400€	420€
	2 verres complexes ou très complexes	1ère et 2ème année	100%	200€	250€	300€	350€	400€	450€	500€
		BONUS FIDELITÉ Dès la 3ème année	100%	250€	300€	350€	400€	450€	500€	550€
	Dont montures classe B		100%	30€	50€	50€	50€	100€	100€	100€
Supplément et prestations			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO[8]			100% [7]	50€	75€	100€	125€	150€	175€	200€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil			-	100€	150€	200€	225€	250€	275€	300€
DENTAIRE										
Soins et prothèses 100% SANTE		Selon le decret	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Soins pris en charge par le RO (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) (hors panier de soins 100% santé)			100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogations prévues dans la notice d'information. Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée. Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances vises à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

IMMÉDIAT 100% SANTÉ FAMILLE
Tableau de Garanties

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7	NIVEAU 8
Âge limite de souscritption		54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans	54 ans
DENTAIRE *(suite)*									
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO (hors panier de soins 100% santé)	Dès la 1ère année	100%	150%	200%	250%	275%	300%	350%	400%
	BONUS FIDELITÉ Dès la 3ème année	125%	175%	250%	275%	300%	325%	375%	425%
Orthodontie remboursée par le RO		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte) par an et par bénéficiaire		-	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100% Santé - Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	-	800€ / an	1 000€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 200€ / an	1 200€ / an
AIDES AUDITIVES									
Equipements100% SANTE Prothèses Auditives (classe I)	Selon le decret	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Appareillages et prothèses auditives		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareillages et prothèses auditives pris en charge par le RO - hors 100% santé - par an		-	100€	200€	300€	400€	500€	600€	700€
Accessoires et piles		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE									
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, pédicure, mésothérapeute, réflexologue, podologue, diététicien, nutritionniste (maxi 40€ / consultation)		-	80€ / an	80€ / an	120€ / an	120€ / an	160€ / an	160€ / an	200€ / an
Cure thermale remboursée par le RO	Honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%	200%
	Frais d'établissement	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Transport et hébergement (par an)	-	50€	100€	150€	175€	200€	250€	300€
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SERVICES INCLUS									
Assistance accompagnement		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémédecine (5 consultations / an / pers.)		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne et espace adhérent		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret.

* OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

** Exclu si option ECO

(1) Pendant les 90 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Prise en charge des frais de séjour à hauteur de la garantie pour une durée limitée : 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimiles, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées). Au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(3) Illimité dans les établissements sanitaires.

Sont exclus les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

(4) Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en obstétrique, en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les établissements en soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimiles, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), les séjours en maison de repos, de convalescence ou de rééducation.
(5) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
(6) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.
Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogation indiquées dans la Notice d'information.
En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A).
Corrections visuelles (définition contrat responsable) :
Correction simple :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Correction complexe :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Correction très complexe :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.»
(7) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.
(8) lorsque le forfait en euros est atteint, seules les lentilles remboursées par le RO sont prises en charge, à hauteur de 100% BRSS

Fonctionnement des montants exprimés en euros (hors équipement optique et aides auditives)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie.
Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur lorsque l'acte est pris en charge par le régime de base.

- **Hospitalisation**

– Forfait journalier hospitalier
Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations du pôle hospitalisation, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.
Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires.
Correspondent à des établissements sanitaires :

• Les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
• Les établissements et unités spécialisés :
- de psychiatrie,
- de soins de suite,
- de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).
Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.
Les prestations et séjours effectués au sein des établissements de gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ne sont pas prises en charge.

- Fonctionnement du bonus fidélité pour les honoraires chirurgie dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO
Après deux années d'ancienneté (à la date de prise d'effet du contrat) sur le même niveau de garantie, l'assuré bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter la prise en charge des honoraires de chirurgie, anesthésie (poste « hospitalisation ») dans le cadre de l'OPTAM ou de l'OPTAM CO.

Prestations de Pharmacie
La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site internet medicaments.gouv.fr.

- ### Prestations de soins courants

Fonctionnement du bonus fidélité pour les honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO
Après deux années d'ancienneté (à la date de prise d'effet du contrat) sur le même niveau de garantie, l'assuré bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter la prise en charge des honoraires médicaux (poste « soins courants ») dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO.

- ### Prestations de l'équipement optique

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.
Conformément à la réforme dite « 100% santé », les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré.
Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.
Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.
Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est au maximum de 100 (cent) euros en fonction du niveau souscrit (cf. tableau de prestations).

• Cas particulier pour les équipements mixtes :
Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).
Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Conditions de renouvellement :
Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).
Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.
Conditions de renouvellement anticipé :
Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :
- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

• Cas particulier du renouvellement anticipé des verres
Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :
- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

• Fonctionnement du bonus forfait optique (équipement optique de classe B)
Après deux années d'ancienneté (à la date de prise d'effet du contrat) sur le même niveau de garantie, l'assuré bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « Verres + Monture » (verres simples, complexes ou très complexes).

- **Dentaire**

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé. Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).
Les plafonds dentaires (formules 3 à 8) s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.
Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime obligatoire inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime obligatoire.

• Fonctionnement du bonus fidélité des prothèses dentaires, inlays-core et implantologie, remboursés par le régime obligatoire
Après deux années d'ancienneté (à la date de prise d'effet du contrat) sur le même niveau de garantie, l'assuré bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter la prise en charge des prothèses dentaires, inlays-core et implantologie, remboursés par le régime obligatoire.

- **Aides auditives**

Le forfait indiqué dans le tableau de prestation est annuel.
La prise en charge de l'appareillage auditif via le 100% santé (classe I) ne pourra intervenir qu'à la suite d'une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil auditif (Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.
Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) par aide auditive de classe I ou, dans la limite de 1.700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.
Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

- **Option Eco**

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation. Cette option s'applique aux formules 2 à 8. Une réduction de cotisation s'applique si cette option est choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au certificat d'adhésion sur le bloc indissociable des garanties ci-après : chambre particulière et médicaments prescrits non pris en charge (y compris vaccins et contraceptifs). En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent. Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option Eco à l'issue des 12 mois complets d'assurance après votre adhésion, ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins. Suite à la première adhésion à l'option Eco, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à ces options sera exclue. La souscription se fait soit à l'adhésion soit à l'échéance anniversaire du contrat.

• Cas particulier des cures thermales : Il s'agit des cures thermales prescrites et prises en charge par le régime obligatoire.
L'hébergement (hors restauration) et le transport sont remboursés à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait selon la garantie choisie,

• Cas particulier de la Médecine naturelle : séances effectuées par un ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le poste « équipement monture et verre » s'apprécie sur une période de deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf exceptions : cf. paragraphe « Prestations de l'équipement optique »). Le poste « aides auditives » s'apprécie sur une période de quatre ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.
De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

2.5 LISTE DES 13 ACTES DE PRESTATIONS DE PREVENTION

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ères et 2èmes molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.

Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum) (SC12) ;
Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)

Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
- Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
- Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
- Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie (CDQP002)

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans.

Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
- Coqueluche : avant 14 ans,
- Hépatite B : avant 14 ans,
- BCG avant 6 ans,
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
- Haemophilus influenzae B,
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

2.6 EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) ne sont pas pris en charge, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

• la guerre civile et étrangère ;

• la désintégration du noyau atomique ;

• la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré prouvée par l'assureur ou son Délégataire de gestion ;

• l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

• les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;

• les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements ;

• les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;

• la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;

• les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :
I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale ;
II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
• la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de 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 dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

2.7 LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.
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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

2.8 CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables ».

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable du membre participant.

3. MODIFICATIONS DES GARANTIES

> À la demande du membre participant

A l'échéance principale :

Le membre participant a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.
Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze (12) mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

En cas de changement pour un niveau supérieur, les bonus de fidélité applicables aux honoraires de chirurgie, anesthésie dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO, aux honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO, en optique et pour les prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursée par le régime obligatoire sont perdus.
Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste « honoraires chirurgie », d'une prise en charge à hauteur de 200% BRSS (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 5. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera de garanties supérieures à son précédent niveau, mais ne bénéficiera plus des bonus de fidélité applicables au poste « honoraires chirurgie ». Afin d'en bénéficier à nouveau, elle devra attendre sa troisième année d'adhésion sur le niveau 5.

En cas de changement pour un niveau inférieur, les bonus de fidélité acquis au titre de l'ancienneté de l'assuré demeurent.
Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste « honoraires chirurgie », d'une prise en charge à hauteur de 200% BRSS (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 3. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera toujours de ses bonus de fidélité. Le montant de ces derniers correspondra au nouveau niveau d'assurance, soit pour le niveau 3, d'une prise en charge pour le poste « honoraires chirurgie » à hauteur de 175% BRSS (cf. tableau de prestations).

Hors échéance principale :

Le membre participant a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie à titre exceptionnel dans le cas d'un changement de situation familiale.

La modification des garanties du membre participant et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.
Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraineront un recalcul des plafonds (proratisation).

En cas de changement pour un niveau supérieur, les bonus de fidélité applicables aux honoraires de chirurgie, anesthésie dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO, aux honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM CO, en optique et pour les prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le régime obligatoire sont perdus.
Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste « honoraires chirurgie », d'une prise en charge à hauteur de 200% BRSS (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 5. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera de garanties supérieures à son précédent niveau, mais ne bénéficiera plus des bonus de fidélité applicables au poste « honoraires chirurgie ». Afin d'en bénéficier à nouveau, elle devra attendre sa troisième année d'adhésion sur le niveau 5.

En cas de changement pour un niveau inférieur, les bonus de fidélité acquis au titre de l'ancienneté de l'assuré demeurent.
Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis trois ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste « honoraires chirurgie », d'une prise en charge à hauteur de 200% BRSS (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 3. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera toujours de ses bonus de fidélité. Le montant de ces derniers correspondra au nouveau niveau d'assurance, soit pour le niveau 3, d'une prise en charge pour le poste « honoraires chirurgie » à hauteur de 175% BRSS (cf. tableau de prestations).

Modification de la cotisation à la suite d'une évolution du niveau de garantie :

En cas de modification du niveau de garantie entrainant une évolution de la cotisation, la différence de cotisation entre l'ancienne et la nouvelle sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur ou à son gestionnaire conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur du membre participant, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

> À la demande de l'assureur

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, le membre participant sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.
Le membre participant sera informé par courrier simple, l'assureur ou son gestionnaire étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Le membre participant ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.
Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement du membre participant dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement du membre participant est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.
En cas de refus d'une modification par le membre participant, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

3.1 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

À l'échéance principale :

Le membre participant a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale de l'adhésion, en prévenant le gestionnaire de l'assureur au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

Hors échéance principale :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que le membre participant souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- dans un délai de deux (2) mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- dans un délai de quinze (15) jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- à la date de naissance du nouveau-né,
- à la date de jugement d'un enfant adopté,
- à la date de l'union avec son conjoint,
- à la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.
Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, le membre participant doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- à la date du décès,
- à la date de séparation ou de divorce,
- à la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur ou son gestionnaire pourra demander au membre participant le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé au gestionnaire de l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur du membre participant, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

3.2 ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.
Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles. Le membre participant conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

4. PRESTATIONS

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que le membre participant a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.
Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : SG Sante – TSA 40012 – 51049 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex.
Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.
Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par SG SANTE.

> Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, l'assureur ou son délégataire pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.
Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés inscrits.
Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les assurés doivent adresser à l'assureur ou à son délégataire les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique…), l'assuré doit envoyer à l'assureur les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.
Dans tous les cas, l'assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou justificatifs complémentaires.
Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.
La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

> Tiers payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.
Le tiers payant permet aux assurés d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.
Le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur.
La carte de Tiers payant permet de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à SG Sante – 14 rue Joliot Curie – CS 30248 – 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE.
En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, le membre participant s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, le membre participant doit envoyer à SG Sante – TSA 40012 – 51049 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant son numéro d'adhésion.
La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies.
- dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire,
- la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires non prises en charge par le Régime Obligatoire,
- pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et le type de verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. En cas

d'évolution de la vue, il sera exigé une prescription médicale ou une facturation de l'opticien justifiant le changement de correction,
- pour les vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire la facture détaillée et acquittée,
- pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- pour les médecines naturelles, la facture détaillée du praticien diplômé d'Etat,
- lorsque le membre participant ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- en cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec le membre participant,
- en cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec le membre participant,
- en cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.
Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

Le membre participant qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

4.1 CONTRÔLE DES DÉPENSES

Le médecin-conseil peut demander au membre participant tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.
À peine de déchéance, le membre participant doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.
En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.
De convention expresse, le membre participant reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du membre participant, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

5. COTISATIONS

> Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.
Elle tient compte du régime obligatoire du membre participant, des garanties choisies, de l'âge des assurés et du département de résidence du membre participant. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.
La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par le membre participant.

> Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint du membre participant et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.
En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :
- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties,
- changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ajout ou sortie de bénéficiaire,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.
Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.
Le membre participant pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

> Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par le membre participant : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle lorsque le membre participant opte pour le prélèvement automatique ou bien annuel lorsqu'il opte pour le paiement par chèque. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.
Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.
En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge du membre participant.

> Défaut de paiement

Si le membre participant ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser au membre participant une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.
En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.
À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente (30) jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge du membre participant.
En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de vingt-cinq euros.

> Loi Madelin

Dans le cadre du présent contrat, le travailleur non salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

6. AUTRES INFORMATIONS

6.1 SUBROGATION

L'assureur est subrogé de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.
Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

6.2 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Art L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
• la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
• l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
• une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
• l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
• l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).
La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

6.3 EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

> Examen des réclamations

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au travers de l'un des canaux de contacts suivants :
• par courrier adressé à : AFI ASSURANCES, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex, en précisant son numéro de membre participant,
• par e-mail adressé à reclamation@afiassurances.fr en précisant son numéro de membre participant.

AFI ASSURANCES en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra au membre participant dans un délai maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

> Médiation

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra, au plus tard dans le délai d'un an à compter de sa réclamation écrite, saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

• soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
• soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
• soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.
Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée.
Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

> Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

6.4 AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

6.5 FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

6.6 RENONCIATION A L'ADHESION

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile
Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature de sa demande d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.
Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité – le membre participant peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.
Cette faculté de renonciation est perdue si le membre participant a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze (14) jours précités.

« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat _____ (Nom et N° de contrat) effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).
Fait à_____, le _____ « Signature ».

7. VENTE À DISTANCE : CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DROIT DE RENONCIATION

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclues à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la mutualité et L.121-26 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

> Modalité de conclusion de l'adhésion

Le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.
Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (réputée être la date d'émission du certificat d'adhésion). À défaut de retour dans ce délai, l'adhésion sera anéantie rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si le membre participant a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que le membre participant a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

> Droit de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, le membre participant peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion. Si le membre participant a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que le membre participant a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.
La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume – 91000 EVRY COURCOURONNES, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.
« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat _____ (Nom et n° de contrat), effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à_____, le _____ « Signature »

L'assureur rembourse la cotisation perçue du membre participant en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.

8. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par AFI ASSURANCES font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'assureur. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.
Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'AFI ASSURANCES, l'assureur et, le cas échéant, SG Santé, l'association (en cas d'affiliation au régime Madelin) ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. AFI ASSURANCES prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi “Informatique et libertés” du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s’y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l’effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d’exercice de ces droits sont à adresser à : AFI ASSURANCES – à l’attention du Service Protection des Données – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex ou dpo-afi@afiassurances.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l’adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3, place de Fontenoy – 75007 PARIS.
AFI ASSURANCES se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

CONVENTION D'ASSISTANCE 'SANTÉ'

n°5311

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE :

MUTUAIDE ASSISTANCE
126, rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

• par téléphone de France : 01.55.98.88.42
(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)

• par téléphone de l'étranger : +33.1.55.98.88.42 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international (Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)

• par télécopie : 01. 45.16.63.92

• par e-mail : oquotidien@mutuaide.fr

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le numéro de votre contrat,
- Votre nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.

Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.

TABLEAU DE GARANTIES :

INFORMATIONS ET CONSEILS	PLAFOND
- **Information Conseil vie quotidienne**	Informations
- **Analyse de devis dentaire et/ou optique**	Informations
- **Soutien psychologique**	3 entretiens téléphoniques
GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE	**PLAFOND**

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE	
- **Aide-ménagère** (a)	(a) 2 heures minimum / Maximum 20 heures reparties pendant l'immobilisation ou durant le mois qui suit l'hospitalisation
- **Livraison de médicaments** (b)	(b) Frais de livraison
- **Garde d'enfants** (c)	(c) 20 heures réparties sur 3 jours
- **Visite d'un proche** (d)	(d) Titre de transport A/R en train 1ère classe + Frais d'hôtel 60€ par nuit / Maximum 6 nuits.
- **Recherche et envoi d'un intervenant médical ou paramédical** (e)	(e) Aide et recherche
- **Garde des animaux domestiques** (f)	(f) 200 € par an
- **Mise à disposition d'un véhicule médical** (g)	(g) Aide et recherche
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES	**PLAFOND**
1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT COPOREL	Frais réels
- **Rapatriement médical** (A) - **Visite d'un proche** (A)	(A) Titre de transport Aller/Retour en train 1ère classe ou avion classe économique + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Max 6 nuits
- **Rapatriement des personnes accompagnantes** (B)	(B) Titre de transport en train 1ère classe ou avion classe économique
- **Frais médicaux à l'Étranger** (C) ✓ Soins dentaires	(C) 8 000 € par personne et par an 100 €
- **Retour anticipé** (D)	(D) Titre de transport Aller / Retour en train 1ère classe ou avion classe économique Ou Titre de transport Retour en train 1ère classe ou avion classe économique pour le Bénéficiaire et 1 personne accompagnante assurée
2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER	
- **Rapatriement de corps** ✓ Frais de cercueil	Frais réels 500 €
- **Formalités décès**	Titre de transport Aller / Retour en train 1ère classe ou avion classe économique

ARTICLE 1 - DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

Nous, l'Assureur :

MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX – S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé– Entreprise régie par le Code des Assurances RCS 383 974 086 Bobigny, représentée par Monsieur Olivier REMONDINI en sa qualité de Secrétaire Général – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

Accident corporel :
Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible, constituant la cause du dommage et constatée par une autorité médicale compétente. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Animal domestique :
Tout animal vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Adhérent :
Désigne toute personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance santé souscrit auprès de MILTIS.

Bénéficiaire :
Est considéré comme Bénéficiaire l'Adhérent au contrat d'assurance santé souscrit auprès de MILTIS, ainsi que les personnes suivantes :
• son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
• leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
• les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
• le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente notice d'information, les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

Certificat médical descriptif :
Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

Domicile :
Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé obligatoirement en France Métropolitaine.

Exécution des prestations :
Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

France métropolitaine :
Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.
Étranger :
Par « Étranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

Hospitalisation :

Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident corporel.

Immobilisation du bénéficiaire au domicile :
Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

Maladie :
Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin traitant :
Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le bénéficiaire auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nous organisons :
Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

Nous prenons en charge :
Nous supportons le coût de la prestation.

Nullité :
Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

Proche du bénéficiaire :
Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France métropolitaine.

Territorialité :
- Pour les garanties d'information et conseils et les garanties d'assistance santé : la France.
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement : la France et le monde entier, à plus de 50 km du domicile du Bénéficiaire.

ARTICLE 2 – INFORMATIONS ET CONSEILS

Les services de renseignements téléphoniques et de mise en relation avec des prestataires visent à apporter un soutien et une solution concrète aux problèmes et événements de vie quotidienne auxquels chacun se trouve confronté dans les domaines suivants, considérés comme particulièrement sensibles.

Le service est disponible et mobilisable 24H/24 et 7J/7. Les prestations de renseignement et d'information sont exclusivement fournies du lundi au samedi entre 8H00 et 19H00 et dans des délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Cependant, quels que soient le jour et l'heure de l'appel, nous accueillons et notons votre demande.
Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

INFORMATIONS CONSEIL VIE QUOTIDIENNE

Nous recherchons les informations pratiques à caractère documentaire, notamment dans les domaines suivants:

INFORMATIONS SANTE

• numéros de téléphone d'urgence,
• vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
• associations spécialisées,
• centres de cure, de thalassothérapie,
• centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
• pathologie et traitement, évolution de la maladie, risque de contagion,
• établissements spécialisés,
• précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités…

INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION

• les droits du consommateur, la succession,
• les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations,
• les droits des conjoints divorcés,
• la fiscalité,
• le droit au logement,
• les comptes bancaires, les assurances,
• les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas...,
• les organismes sociaux,
• les rentes, pensions d'invalidité, indemnités journalières, remboursement de frais médicaux,
• l'aide aux handicapés,
• les aides sociales, les allocations veuvage,
• la formation, l'apprentissage, l'enseignement…

Nous nous engageons à apporter toute diligence afin de répondre à toute demande qui entre dans le cadre défini dans le présent contrat et dans les limites qu'il détermine.
Les renseignements seront communiqués par téléphone, aucune confirmation écrite ne pourra être adressée. Selon les cas, nous pourrons orienter le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

Nous ne pouvons cependant pas intervenir dans la poursuite des actions ou des démarches entreprises par le bénéficiaire à partir des renseignements ou informations que nous lui aurons communiquées.

Le service ne donne pas de consultation par téléphone et ne se substitue jamais aux professionnels de santé.

Sont exclues toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toute avance de fonds.

ANALYSE DE DEVIS DENTAIRE ET/OU OPTIQUE

Si vous avez besoin d'un devis dentaire et/ou optique, nous vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte de la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il nous faudra :
- Pour le devis dentaire : la description précise du montage prothétique (nombre et numéro de dents concernées, types d'actes effectués, matériaux utilisés, compléments utilisés : inlay, onlay…), la cotation conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et le prix de la prothèse.
- Pour le devis optique : la description précise du défaut visuel et de la correction proposée.

Le choix des praticiens que nous avons pu identifier est laissé à votre libre initiative.

Dans tous les cas, le coût des prestations restent à votre charge.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de nécessité (décès du Bénéficiaire, hospitalisation…) nous pouvons vous mettre en relation téléphonique avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Ces entretiens sont entièrement confidentiels.
Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débuter une psychothérapie par téléphone.

ARTICLE 3 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE

1/ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours au domicile, nous intervenons dans les conditions décrites ci-après :

AIDE MENAGERE

Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile :
• Soit dès le premier jour de votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
• Soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet d'assumer.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

LIVRAISON DE MEDICAMENTS

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer hors de votre domicile et personne dans votre entourage proche n'est en mesure de récupérer pour vous des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription médicale depuis moins de 24 heures.

Nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison des médicaments.

Le coût des médicaments restent à votre charge. Si besoin, nous pouvons faire l'avance de ces frais, contre remboursement à la livraison des médicaments.

Nous ne sommes pas tenus à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour de votre domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

GARDE D'ENFANTS

A votre demande ou à celle de votre conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes :
• **soit le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle**, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

• **soit la garde au domicile des enfants par une assistante maternelle**, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

VISITE D'UN PROCHE

En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou dès le premier jour d'hospitalisation si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur et que ses parents ne sont pas sur place, pour permettre à un de vos proches de se rendre à votre chevet, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour :
• **ses frais de transport aller/retour**, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales,
• **ses frais d'hébergement à hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant** dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

Les frais de restauration et autres frais restent à la charge de cette personne.

RECHERCHE ET ENVOI D'UN INTERVENANT MEDICAL OU PARAMEDICAL

En cas d'absence de votre médecin traitant, nous pouvons vous aider pour la recherche d'intervenants (médecin, infirmier ou autre professionnel médical ou paramédical) en vous fournissant des adresses et numéros de téléphones.

Si besoin, nous pouvons, à votre demande, envoyer un de ces intervenants à votre domicile.

En aucun cas, nous ne pourrons être tenus responsables si aucun intervenant n'est disponible ou refuse de se déplacer en raison d'un éloignement trop important. De même, nous ne pourrons nous porter garants de la qualité des soins apportés et notre responsabilité ne saurait être engagée à ce titre.

Les frais de déplacement, soins, honoraires et autres restent dans tous les cas à votre charge.

GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Pour assurer la garde de vos animaux domestiques, sous réserve qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires, nous prenons en charge leur garde à domicile ou dans un établissement spécialisé, dans la limite du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

Les animaux dressés à l'attaque ne sont pas pris en charge.

Les frais de nourriture ainsi que les frais de retour des animaux domestiques vers le domicile restent à votre charge.

MISE A DISPOSITION D'UN VEHICULE MEDICAL

Hors urgence et sur prescription médicale, nous organisons votre transport par véhicule médical depuis votre domicile vers le centre hospitalier approprié de votre choix proche de votre domicile, ou vers l'établissement indiqué sur la prescription médicale.
A l'issue de l'hospitalisation, nous pouvons également organiser votre transport retour de l'hôpital à votre domicile.
Les frais de transport aller et retour restent à votre charge.

En aucun cas, nous pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers…

ARTICLE 4 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

• Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,
• Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,
• Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
• L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,
• L'abus d'alcool et ses conséquences,
• Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,
• Les suites, séquelles, complications ou aggravations d'une maladie ou d'un accident déjà constaté et ayant entraîné une hospitalisation dans les 6 mois précédent la demande d'assistance,
• Les maladies chroniques et infirmités préexistantes,
• Les états de grossesse sauf complication nette et imprévisible, les accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
• Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,
• Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,
• Votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire.

Sont également exclus, les séjours :
• De cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapique, rajeunissement, diététique, esthétique…) autres que les cures thermales médicalement prescrites,
• En maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie ou hospices et, d'une façon générale, dans tous les établissements dit de « long séjour » transitoire ou permanent au sens de la Sécurité Sociale,
• De rééducation et de réadaptation professionnelle,
• En établissement à caractère sanitaire ou social,
• En établissement et services sociaux d'accueil, d'hébergement et d'assistance, de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou contre les maladies mentales caractérisées autres que les centres hospitaliers ou psychiatrie et les maisons de santé pour maladies mentales,
• En milieu hospitalier dus à un état morbide consolidé et non améliorable telle la démence sénile, la paraplégie traumatique et la tuberculose stabilisée
• Les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.

ARTICLE 5 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

1/ EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT CORPOREL

Vous êtes malade ou accidenté lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres de votre domicile, en France métropolitaine ou à l'Étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE :

Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.
Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre médecin conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre médecin conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

VISITE D'UN PROCHE

Vous êtes hospitalisé sur place sur décision de notre équipe médicale, avant votre rapatriement médical, pour une durée supérieure à 10 jours. Nous organisons et prenons en charge le transport aller/retour en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique, d'un membre de votre famille résidant dans le même pays que vous, ainsi que ses frais de séjour (chambre, petit-déjeuner) pour qu'il vienne à votre chevet.

Notre prise en charge pour son hébergement se fait à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

Les frais de restauration ou autres dépenses restent dans tous les cas à la charge de cette personne.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Rapatriement de personnes accompagnantes ».

RAPATRIEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNANTES

Vous êtes rapatrié médicalement, ou vous décédez lors d'un déplacement garanti.
Nous organisons et prenons en charge, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, le transport au domicile des membres de votre famille bénéficiaires vous accompagnant lors de la survenance de l'événement, en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique.

FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les éventuels organismes d'assurance auxquels vous êtes affiliés.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par les organismes d'assurance susvisés, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de votre organisme d'assurance.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile.
Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'au montant maximum indiqué au Tableau des Garanties.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous rembourserons les frais engagés dans la limite du montant indiqué au Tableau des Garanties, sous réserve de la communication par vous des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance.
Cette prestation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement.

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :
• honoraires médicaux,
• frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
• frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les organismes d'assurance,
• frais d'hospitalisation à condition que vous soyez jugé intransportable par décision des médecins de l'Assistance, prise après recueil des informations auprès du médecin local (les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement ne sont pas pris en charge),

• frais dentaires d'urgence (plafonnés au montant indiqué au Tableau des Garanties, sans application de franchise).

EXTENSION DE LA PRESTATION : AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION (HORS DU PAYS DE RESIDENCE)

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :
• les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile.
• les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
• vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation :

- à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE,
- à effectuer à MUTUAIDE ASSISTANCE les remboursements des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation "frais médicaux", les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez nous fournir l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.
Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droits une lettre d'engagement vous engageant à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et nous rembourser les sommes perçues.
A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux» et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

RETOUR ANTICIPE

Pendant votre déplacement, vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille dans votre pays de domicile.

Afin que Vous puissiez assister aux obsèques, nous organisons et prenons en charge :
• soit votre voyage aller-retour,
• soit votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1ère classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/ aéroport au domicile.

2/ EN CAS DE DECES A L'ETRANGER

Si un membre de votre famille bénéficiaire vient à disparaître à l'étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

RAPATRIEMENT DE CORPS

Vous décédez lors d'un déplacement garanti. Nous organisons le rapatriement de votre corps jusqu'au lieu des obsèques dans votre pays de résidence.

Dans ce cadre, nous prenons en charge :
• Les frais de transport du corps,
• Les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,

• Les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement) à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

FORMALITES DECES

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche du défunt s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller/retour en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique, ainsi que des frais de séjour (chambre et petit-déjeuner) engagés pour le compte de cette personne à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

Tous les autres frais restent à la charge de la famille du défunt.

ARTICLE 6 - LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :
• Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
• Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile,
• L'ivresse, le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences,
• Toute mutilation volontaire du Bénéficiaire,
• Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,
• Les états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà de la 36ème semaine, l'interruption volontaire de grossesse, les suites de l'accouchement,
• Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale,
• Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,
• Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,
• Les frais de prothèse : optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle, etc.
• Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays d'origine.
• Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais y découlant,
• Les séjours en maison de repos et les frais y découlant,
• Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant,
• Les hospitalisations prévues.

ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS GENERALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :
• Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par nos soins, ou en accord avec nous, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation,
• Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,
• Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
• Le montant des condamnations et leurs conséquences,
• L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
• L'état d'imprégnation alcoolique,
• Les frais de douane,

• La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,
• La pratique, à titre professionnel, de tout sport,
• La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
• Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
• Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie,
• Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,
• L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
• Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
• L'utilisation par le Bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne,
• L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,
• Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,
• Le suicide et la tentative de suicide,
• Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles,
• La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,
• La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

ARTICLE 8 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique du Bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.
Dès réception de l'appel, MUTUAIDE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au Bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le Bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Les interventions que MUTUAIDE ASSISTANCE est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque MUTUAIDE ASSISTANCE a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

MUTUAIDE ASSISTANCE décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

ARTICLE 9 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements au Bénéficiaire ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
126, rue de la Piazza - CS 20010
93196 Noisy le Grand CEDEX

ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET – DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de la prise d'effet de votre contrat d'assurance AFI ASSURANCES pour la même durée que celui-ci.
Les garanties se renouvellent dans les mêmes conditions que votre contrat d'assurance.

ARTICLE 11 – RESILIATION - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prévues au Tableau des Garanties cessent de plein droit :
- En cas de résiliation de votre contrat d'assurance AFI ASSURANCES, quelle qu'en soit la cause,

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur conformément et dans les conditions définies à article L 326-12 du Code des assurances,
- En cas de résiliation du contrat souscrit auprès de l'Assureur par AFI ASSURANCES, quelle qu'en soit la cause et notamment lorsqu'il n'est pas reconduit. La non-reconduction dudit contrat entraîne la cessation des garanties pour vous à l'échéance annuelle qui suit la date de ladite résiliation. Les prestations accordées avant la résiliation de votre contrat s'effectueront jusqu'à leur terme.

ARTICLE 12 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des prestations d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.55.98.88.42 ou en écrivant à oquotidien@mutuaide.fr

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

MUTUAIDE
SERVICE QUALITE CLIENTS
126, rue de la Piazza, CS 20010
93196 Noisy le Grand CEDEX

MUTUAIDE s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de dix (10) jours ouvrés. Il sera traité dans les deux (2) mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

ARTICLE 13 – COLLECTE DE DONNEES

Le Bénéficiaire reconnait être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la règlementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :
- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

• Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

• Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

• Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.
Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.
Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

• En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.
Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

• Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.
Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités

judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).
En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.
Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

• En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
• Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.

• Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

• Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.
Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.
Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur soit :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr ou
- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand Cedex.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

ARTICLE 14 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement.

Toutefois, ce délai ne court :
• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
• en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, ce délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :
• la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
• une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
• une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :
• la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
• l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

ARTICLE 16 – REGLEMENT DES LITIGES

Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

ARTICLE 17 – FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :
• Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances ;
• Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.

ARTICLE 18 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.

Informations relatives aux frais de gestion

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

Veuillez prendre connaissance de ces informations avant la signature de votre demande d'adhésion :

Le rapport prestations/cotisations[1] est de **61.70%**

Le taux des frais de gestion[2] s'établit à **31.85%**

[1]Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

[2]Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Pour tout renseignement complémentaire,
AFI ASSURANCES vous répond
Du lundi au vendredi de 9h à 18h
Tél. : 01 83 77 57 00
www.afiassurances.fr

AFI ASSURANCES
12 rue du Bois Guillaume - 91000 EVRY COURCOURONNES
Tel : 01 83 77 57 00
Société de courtage en assurances, SAS au capital de 10000 Euros
RCS EVRY COURCOURONNES B 404 414 583 - N° ORIAS 07 027 969

MILTIS
25, cours Albert Thomas - 69003 LYON
www.mutuelle-miltis.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
(SIREN n° 417 934 817)

MUTUAIDE ASSISTANCE
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX
Tel : 01.55.98.88.42
S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé – Entreprise régie par le Code des Assurances
RCS 383 974 086 Créteil – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

APSAP (Association pour la Protection Santé Accident Prévoyance)
112 Avenue de Paris – CS 60002 94306 Vincennes
Association régie par la loi du 1er juillet 1901

SG SANTÉ
Gestionnaire des prestations
Société de courtage en assurances
14 rue Joliot Curie – CS 30248 – 51010 Châlons En Champagne Cedex
Tel : 03 26 26 68 00
Code APE 6622Z