Conditions générales portant Règlement mutualiste et notice d'information

Réf n°Mut20260901

Plan

PREAMBULE *3*

ORGANISMES PORTEURS DE RISQUES OU INTERVENANT DANS LA GESTION OU LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS MUTUALP *4*

ORGANISMES MUTUALISTES **4**

INTERMEDIAIRE **5**

ORGANISME D'ASSURANCE PARTENAIRE **5**

AUTRE ORGANISME PARTENAIRE **5**

PARTIE 1 – REGLEMENT MUTUALISTE DISPOSITIONS GENERALES *6*

Article 1 : Définitions communes au Règlement mutualiste 6
Article 2 : Objet du Règlement Mutualiste 9
Article 3 : Entrée en vigueur du contrat 9
Article 4 : Adhésion et couverture 9
Article 5 : Bénéficiaires des garanties 10
Article 6 : Limitation d'âge et de territorialité à la souscription de certaines garanties 10
Article 7 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement 10
Article 8 : Ouverture des droits aux prestations 12
Article 9 : Durée et tacite reconduction 12
Article 10 : Changement de niveau garantie en cours d'année 13
Article 11 : Rétractation 13
Article 12 : Prescription 13
Article 13 : Modalités de résiliation à l'initiative de l'adhérent 13
Article 14 : Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations 15
Article 15 : Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle 15
Article 16 : Protection des données personnelles 16
Article 17 : Droit applicable – langue des échanges 17

GARANTIES FRAIS DE SANTE **17**

Article 18 : Nomenclature des gammes et garanties frais de santé 17
Article 19 : Objet des garanties frais de santé 17
Article 20 : Etendue territoriale des garanties frais de santé 17
Article 21 : Dispositions générales concernant les garanties frais de santé 17
Article 22 : Caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé 18
Article 23 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé dites responsables 19
Article 24 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé Famille 24
Article 25 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé Séniors 30
Article 26 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé TNS 37

PARTIE 2 – NOTICE D'INFORMATION *45*

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE **45**

ANNEXES *80*

Tableau de garanties santé famille 81
Tableau de garanties santé seniors 83
Tableau de garanties santé TNS 85
Bulletin de renonciation 87

PREAMBULE

Les présentes conditions générales ont été rédigées par l'UMGP en collaboration avec ses Mutuelles membres (Cf. ORGANISMES MUTUALISTES) et la SAS LUTECEA afin de faciliter l'information destinée à leurs adhérents et clients et améliorer la compréhension de leurs rôles et obligations respectifs.

Le présent document porte les règlements mutualistes des Mutuelles membres de l'UMGP pour les produits santé destinés aux familles, séniors et TNS et commercialisés par la société LUTECEA sous les marques HEYME et MUTUALP. Le présent document constitue avec les statuts de la Mutuelle apéritrice et le bulletin d'adhésion, le contrat d'assurance. Le présent document est composé de deux parties principales. La première partie décrit le contenu des garanties dont le risque est porté par les Mutuelles. La seconde partie décrit les garanties dont le risque est porté par d'autres organismes d'assurance.

Chaque produit souscrit est constitué d'une garantie principale, et d'une ou plusieurs autres garanties supplémentaires. Le risque de la garantie principale est porté par une mutuelle qui sera désignée sur le bulletin d'adhésion par le terme « apériteur ». Le risque de la ou des autres garanties supplémentaires est porté soit par la même mutuelle, soit par une autre mutuelle membre de l'UMGP, soit par un autre organisme d'assurance.

Dans tous les cas, l'organisme porteur de risque est mentionné sur le bulletin d'adhésion.

ORGANISMES PORTEURS DE RISQUES OU INTERVENANT DANS LA GESTION OU LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS

ORGANISMES MUTUALISTES

Les organismes mutualistes sont des Mutuelles ou des unions qui relèvent du Code de la mutualité, et non du Code des Assurances. Il s'agit d'organismes qui relèvent de l'économie solidaire et sociale, qui n'ont pas d'actionnaires et dont la gouvernance est élue démocratiquement par les adhérents.

Les garanties présentées dans la « PARTIE I – REGLEMENT MUTUALISTE » sont couvertes par la Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 10 rue Léon Paulet – 13008 MARSEILLE – et immatriculée sous le numéro SIREN 782 814 826.

La MEP est représentée par Eric SVOBODA, son Président.

La MEP est membre de l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance (UMGP), Union de Mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 316 730 662, dont le siège social est situé au 25 Rue Trébois – 92300 LEVALLOIS PERRET.

L'UMGP est représentée par Hugues DE GRANDI, son Président.

L'UMGP gère l'encaissement des cotisations, la liquidation des prestations et des sinistres pour le compte de ses Mutuelles membres.

INTERMEDIAIRE

SAS LUTECEA : Société par Actions Simplifiée au capital social de 10.000 euros, dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - 13008 MARSEILLE, et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro SIREN 845 181 379 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 19 002 840. La SAS LUTECEA est représentée par Pierre AUGIAS, son Président.

Le capital de la SAS LUTECEA est exclusivement détenu par les ORGANISMES MUTUALISTES membres de l'UMGP. La SAS LUTECEA est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la cotisation.

Les gammes et les produits commercialisés sous la marque MUTUALP sont distribués par la SAS LUTECEA, qui intervient également en tant que courtier gestionnaire et, selon le produit concerné, dans la gestion du contrat, dans la liquidation des prestations et des sinistres.

En tant que Courtier, la SAS LUTECEA est libre de présenter tout autre produit d'assurance correspondant aux besoins recueillis auprès de son client.

ORGANISME D'ASSURANCE PARTENAIRE

Les organismes d'assurance partenaires sont des organismes qui dépendent du Code des assurances ou du Code de la mutualité et qui garantissent des risques que les ORGANISMES MUTUALISTES ne sont pas en mesure ou ne sont pas habilités à porter, mais que ces derniers ont souhaité inclure dans leurs produits. Les garanties présentées dans la « PARTIE II – Notice d'information » sont couvertes par l'organisme suivant :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – SA au capital de 4.100.000 euros sise 108 Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689

AUTRE ORGANISME PARTENAIRE

ALMERYS - SAS au capital de 40 000 euros sise 46, rue du Ressort 63967 Clermont-Ferrand Cedex 9 immatriculée au RCS Clermont-Ferrand 432 701 639, intervient en tant que gestionnaire des flux de Tiers Payant pour les garanties complémentaire santé.

PARTIE 1 – REGLEMENT MUTUALISTE DISPOSITIONS GENERALES

▪ Article 1 : Définitions communes au Règlement mutualiste

Accident corporel : l'accident corporel est défini comme toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime l'adhérent et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure ainsi que toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle.

Sont assimilés aux accidents corporels :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action involontaire de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Adhérent : personne physique mentionnée au bulletin d'adhésion et membre participant de la Mutuelle apéritrice.

AIPP : l'atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) est définie comme la réduction définitive du potentiel physique et/ou psychique médicalement constatable ou médicalement explicable, à laquelle s'ajoutent les douleurs et les répercussions psychiques que le médecin sait normalement liées à la séquelle ainsi que les conséquences, dans la vie de tous les jours, habituellement et objectivement liées à cette séquelle.

Le taux d'AIPP est l'ordre de grandeur, rapporté à un maximum théorique de 100%, de la difficulté que ressent tout sujet dont les séquelles sont ainsi quantifiées, à effectuer les gestes et actes habituels de la vie quotidienne extra-professionnelle donc l'ordre de grandeur de son « incapacité personnelle ».

Apériteur/Mutuelle apéritrice : mutuelle désignée comme telle sur le bulletin d'adhésion, à laquelle adhère le membre participant et qui, outre le fait de porter le risque principal, coordonne la gestion de l'ensemble des garanties incluses dans le contrat.

Ayant droit : personne physique définie comme potentiel ayant droit par les statuts de la Mutuelle et désignée comme bénéficiaire par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Bénéficiaire : personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle.

BRSS : la base de remboursement de la Sécurité sociale est un tarif de référence servant à calculer le montant du remboursement de l'Assurance maladie. Une BRSS est attribuée à chaque dépense de santé prise en charge par Sécurité sociale. On parle aussi de « Tarif de convention » (TC).

Carte de Tiers Payant : carte qui atteste des droits à la complémentaire santé et qui permet au bénéficiaire de ne pas avancer les frais auprès des professionnels de santé dès lors que ceux – ci acceptent son usage.

Conditions générales : documentation regroupant les règlements mutualistes et les notices d'informations, qui avec les statuts de la Mutuelle apéritrice et le Bulletin d'adhésion constituent le contrat.

Contrat : ensemble contractuel organisant les relations entre l'adhérent et la Mutuelle apéritrice.

Cotisation : la cotisation désigne la somme que l'adhérent verse la Mutuelle apéritrice pour que celle-ci soit engagée par les garanties souscrites au contrat.

Courtier gestionnaire : intermédiaire d'assurance qui représente l'assuré mais qui peut aussi recevoir mandat de la Mutuelle apéritrice ou de l'assureur pour réaliser certaines opérations telles que la gestion de la souscription, du contrat, des sinistres et des prestations. Son modèle économique repose sur la rémunération qu'il perçoit des assureurs (commission de courtage) ou de l'assuré (frais de courtage).

Date de fin de garantie : la date de fin de garantie peut être indiquée dans le bulletin d'adhésion (pour des contrats à durée ferme), ou correspondre à la date de résiliation des garanties.

Délai de carence : période durant laquelle le bénéficiaire n'est pas couvert par les garanties concernées.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. La description détaillée de ces dispositifs se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

Honoraires limites de facturation (HLF) : les honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, sont définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie du 21 juin 2018 modifiée.

Liquidation : opération de calcul et de remboursement des prestations couvertes par les garanties.

Maladie inopinée : altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible qui n'est pas liée à une maladie ou accident corporel préexistant.

Membre participant : le statut de membre participant est défini par les statuts de la Mutuelle.

Membre honoraire : le statut de membre honoraire est défini par les statuts de la Mutuelle.

Notice d'information : la notice d'information est un document qui décrit précisément les garanties dont le risque est porté par un organisme d'assurance partenaire et non par la Mutuelle apéritrice.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Dispositif de pratique tarifaire.

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique. Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins de secteur 2. La description détaillée du dispositif se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

Prestation : ce terme définit ce qui doit être fourni ou accompli par l'assureur. Il s'agit soit d'une somme d'argent, soit d'un service.

Panier de soins « 100% santé » : il s'agit d'un ensemble d'actes de soins et d'équipements remboursés conjointement à 100% par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Le panier de soins est une notion qui est issue de la réforme 100% santé.

Prime : la prime désigne le prix fixé par l'assureur en contrepartie de la garantie qu'il fournit à l'adhérent. La prime peut être comprise dans la cotisation au titre du paiement des garanties non portées par la Mutuelle apéritrice mais par un autre assureur.

Prix Limite de vente (PLV) : prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'Article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale (LPP).

Produit mutualiste et/ou d'assurance : ensemble de garanties couvertes par un même contrat.

Produit mutualiste /produit d'assurance : le produit d'assurance est constitué de l'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion. Il peut être appelé produit mutualiste dès lors que l'apériteur du contrat est une Mutuelle.

Réforme 100% santé : la réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables. Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optiques, aides auditives et soins prothétiques dentaires a ainsi étendu le périmètre de couverture des contrats responsables afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les trois grands secteurs précités, dont le remboursement fait l'objet des restes à charge les plus élevés.

Sinistre : évènement couvert au contrat qui se réalise et qui pourrait donner lieu à une indemnisation de la part de l'assureur.

Statuts : les statuts d'un organisme mutualiste organisent sa vie institutionnelle et fixent les droits et obligations réciproques entre l'organisme et ses adhérents en lien avec le fonctionnement général de l'organisme.

Ticket modérateur : le ticket modérateur est défini par les Articles L160-13 et suivants du Code de la Sécurité sociale et correspond à la partie qui reste à la charge du bénéficiaire après remboursement de la Sécurité sociale.

Tiers Payant : il s'agit du mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer tout ou partie des frais de ses dépenses de santé.

Urgence dentaire : toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications médicales.

Urgence ophtalmologique : toute atteinte oculaire dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

▪ Article 2 : Objet du Règlement Mutualiste

Conformément aux dispositions de l'Article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Mutuelle et ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents).

À l'égard des adhérents et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- les statuts,
- le présent Règlement mutualiste.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Le Règlement Mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la mutualité. Les dispositions du Règlement Mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux adhérents et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des adhérents et ayants droits servent de base au contrat, elles lient les parties.

▪ Article 3 : Entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur le lendemain à 0h00 du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la cotisation.

Les garanties incluses dans un même produit mutualiste et/ou d'assurance peuvent avoir des dates de prise d'effet différentes.

▪ Article 4 : Adhésion et couverture

La signature du bulletin d'adhésion entraine l'adhésion à la Mutuelle apéritrice mentionnée comme apériteur sur le bulletin d'adhésion.

Une copie recto verso de la carte d'identité, passeport ou tout autre document officiel prouvant l'identité de l'adhérent sera sollicité à l'adhésion.

L'adhésion à un organisme mutualiste implique la participation de l'adhérent à la vie institutionnelle de la Mutuelle dont l'organisation est définie et décrite par ses statuts.

L'adhérent accepte ainsi de recevoir par courriel les informations en lien avec l'actualité de la Mutuelle et d'être sollicité pour ses échéances institutionnelles.

La souscription du contrat mutualiste permet à l'adhérent et aux bénéficiaires mentionnés sur le bulletin d'adhésion de bénéficier des garanties également mentionnées au bulletin d'adhésion.

L'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion constitue un produit mutualiste et/ou d'assurance.

Pour chaque garantie, l'organisme qui porte le risque est mentionné au bulletin d'adhésion en tant qu'assureur.

- **Article 5 : Bénéficiaires des garanties**

Les bénéficiaires d'une garantie sont l'adhérent et ses éventuels ayants droits.

- **Article 6 : Limitation d'âge et de territorialité à la souscription de certaines garanties**

	Souscripteur : Age min	Souscripteur : Age maxi	Bénéficiaire : Age min	Bénéficiaire : Age maxi	Condition de résidence	Délai de carence
Frais de Santé FAMILLE	16 ans (inclus)	Aucun	Aucun	Aucun	Habiter en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte	Aucun
Frais de Santé SENIORS	60 ans à la souscription	Aucun	60 ans à la souscription	Aucun	Habiter en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte	Aucun
Frais de Santé TNS	Statut professionnel de TNS	Statut professionnel de TNS	Aucun	Aucun	Habiter en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte	Aucun

- **Article 7 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement**

✓ **7-1 : Cotisations**

La cotisation est globale et forfaitaire par contrat. Elle inclut la cotisation individuelle de l'adhérent et celle de ses ayants droits.
Le montant de la cotisation varie selon le produit et le niveau de garantie. Le montant de la cotisation varie également en fonction de la couverture, du nombre d'ayants droit inscrits. Conformément aux dispositions statutaires de la Mutuelle, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la Mutuelle.

Les cotisations sont soumises à un zonier régional basé sur le lieu de résidence de l'adhérent.

Les cotisations sont également déterminées en fonction de l'âge de l'adhérent à la date d'effet de l'adhésion et soumises à réactualisation annuelle en fonction de l'âge des assurés et des bénéficiaires.

Sont comprises dans cette cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations, assisteurs), dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, et pour partie à la couverture du risque portée par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

Les prélèvements des cotisations sont effectués au choix de l'adhérent le 05, le 10, le 15 ou le 25 du mois.

Concernant les paiements par prélèvement mensuel, dans le cas où le jour choisi (05,10,15,25) est antérieur au jour du mois de début de couverture, le premier prélèvement sera effectué le mois suivant et son montant sera de deux mensualités correspondant au mois passé et au mois en cours.

En raison de contraintes bancaires, un prélèvement ne peut être lancé qu'au moins une semaine après la date de signature du contrat. De fait, dans le cas où la date correspondant à « jour de la date de signature + 7 jours » serait supérieure à la date de début de couverture, le montant du premier prélèvement sera là aussi de deux mensualités, comme expliqué au paragraphe précédent. Aucun prélèvement ne sera lancé avant la date de début de couverture, sauf exception liée au paiement d'un éventuel acompte, décidé en accord avec l'adhérent.

✓ 7-2 : Règles spécifiques aux cotisations de certaines garanties de frais de santé

- GARANTIE Frais de Santé FAMILLE
    - Gratuité à partir du 3ème enfant ;

- GARANTIE Frais de Santé SENIORS
    - Cotisation déterminée en fonction de l'âge de l'adhérent de 60 ans à 80 ans inclus ;
    - À compter de 81 ans, application d'une cotisation unique par niveau de garantie ;

- GARANTIE Frais de Santé TNS
    - Gratuité à partir du 3ème enfant ;
    - Bénéficiaire du statut de TNS.

Les cotisations évoluent conformément aux dispositions de l'article 7.1 du présent Règlement mutualiste.

✓ 7-3 Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de cotisation.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de courrier recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc…) sont à la charge de l'adhérent défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

▪ Article 8: : Ouverture des droits aux prestations

✓ 8-1 : Ouverture des droits

L'ouverture des droits intervient à la date choisie par l'adhérent lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de la date de signature, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et de l'absence d'un délai de carence prévu par la garantie considérée.

Les délais de carence spécifiques à chaque garantie sont mentionnés dans l'article relatif aux limitations ou exclusions concernant cette garantie.

✓ 8-1 : Date prise en compte pour l'appréciation des droits aux prestations

Pour l'appréciation des droits aux prestations, les dates suivantes sont retenues :

- date des soins pour les professionnels de santé exécutants (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, établissements, transports) et les forfaits,
- date de délivrance pour les professionnels de santé fournisseurs (pharmacies, opticiens, audioprothésistes, fournisseurs),

▪ Article 9 : Durée et tacite reconduction

✓ 9-1 : Durée

Les garanties sont souscrites pour une durée minimale de 12 mois.

✓ 9-1 : Tacite reconduction

Exception faite des garanties mentionnant une date de fin sur le bulletin d'adhésion, la période de couverture se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée par l'adhérent à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance (confère Article 13.1 du présent Règlement Mutualiste).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé dans cet avis, du fait qu'il dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de rétractation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, satisfaisant à des exigences définies par décret.

▪ Article 10 : Changement de niveau garantie en cours d'année

Le changement de garantie en cours d'année n'est possible que pour une garantie supérieure et au sein de la même gamme de complémentaire santé, dans la limite d'une fois par année et moyennant le paiement par l'adhérent de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et

celle due au titre de la garantie supérieure, pour la période restant à courir.

Un changement pour une garantie inférieure ne peut pas être effectué qu'après une année d'adhésion sur la garantie supérieure. La régularisation de cotisation se fera sur le mois suivant le changement. La date d'effet de la nouvelle garantie devra faire l'objet d'un accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

▪ Article 11 : Rétractation

En application des dispositions légales, l'adhérent peut renoncer à sa demande d'adhésion. Il dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées. De la même manière, l'adhérent a l'obligation de rembourser sous 30 jours les sommes éventuellement versées dans le cadre des garanties du contrat.

Pour l'exercice de ce droit de rétractation, l'adhérent peut :

- adresser une lettre de rétractation à l'adresse suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08
- utiliser le formulaire de contact disponible sur le site www.heyme.care .

▪ Article 12 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent Règlement Mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

▪ Article 13 : Modalités de résiliation à l'initiative de l'adhérent

✓ 13-1 : Résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier son contrat tous les ans en adressant, à la Mutuelle, une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance.

✓ 13-1 : Résiliation à tout moment après un délai d'un an

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La notification de cette dénonciation se fait au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre à l'adresse suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08, ou sur tout autre support durable,
- Soit par le biais du formulaire de contact suivant : https://mutualp.fr/contact/

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette

dernière devra confirmer par écrit la réception.

✓ 13-2 : Résiliation exceptionnelle en cours d'année

Pour l'ensemble des motifs de résiliation ci-après, conformément à l'article L 221-17 du Code de la mutualité, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle ou l'union rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Résiliation à la suite de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation à la suite de l'obtention d'une complémentaire santé solidaire

Justificatif attendu : attestation de droits délivrée par l'Assurance maladie.

Résiliation à la suite d'un départ à l'étranger

La Mutuelle accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail de location à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger et mentionnant la durée du dit séjour.

Résiliation à la suite d'une affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation à la suite d'un changement et ou de disparition des conditions liées au champ de recrutement

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Justificatif attendu : document permettant de justifier la demande de résiliation.

- **Article 14 : Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations**

Conformément à l'article L221-7 du Code de la mutualité : « Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée ».

La Mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent.

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

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

- **Article 15 : Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle**

✓ **15-1 : Les réclamations**

Le service réclamations de la Mutuelle peut être saisi par l'adhérent selon l'une des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08 ;
- Par téléphone : au 09 71 09 07 07 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

✓ **15-2 : La médiation**

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement. Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée par le consommateur qui doit saisir le CMAP soit :

- via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse www.cmap.fr/consommateurs, ou
- par courrier postal à l'adresse CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris.

✓ **15-3 : L'autorité de contrôle**

En application de l'article L 510-1 du Code de la Mutualité le contrôle de l'Etat sur les Mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- se connecter sur leur site internet : www.abe-infoservice.fr.

▪ Article 16 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte de tiers sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La Mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles des adhérents sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la Mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Tout adhérent de la Mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@heyme.care.

▪ Article 17 : Droit applicable – langue des échanges

Le présent Règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

- **Article 18 : Nomenclature des gammes et garanties frais de santé**

Les garanties frais de Santé FAMILLE sont les suivantes : “Base 1”,”Base 2”,”Base 3” et “Base 4”. L’ensemble des produits d’assurance comprenant une garantie « Frais de santé Famille » constitue la gamme « Santé Famille ».

Les garanties frais de Santé SENIORS sont les suivantes : « Élan », « Essor », « Concorde », « Quiétude », « Plénitude », « Apogée ». L’ensemble des produits d’assurance comprenant une garantie « Frais de santé Séniors » constitue la gamme « Santé Séniors ».

Les garanties frais de Santé TNS sont les suivantes : « Starter », « Active », « Expert », « Premium », « Elite ». L’ensemble des produits d’assurance comprenant une garantie « Frais de santé TNS » constitue la gamme « Santé TNS ».

- **Article 19 : Objet des garanties frais de santé**

Les garanties frais de Santé Famille, Seniors et TNS ont pour objet de couvrir les adhérents et leurs éventuels ayant droits en cas d’hospitalisation, de maladie ou d’accident intervenant en France.

Les garanties frais de Santé Famille et TNS couvrent également les frais de santé en lien avec l’état de grossesse et l’accouchement.

Les garanties frais de Santé Famille, Seniors et TNS ont pour objet le versement de prestations en complément de celles versées par un organisme gérant un régime d’Assurance Maladie français.

- **Article 20 : Etendue territoriale des garanties frais de santé**

Les garanties complémentaires santé couvrent les frais engagés sur le territoire français.

- **Article 21 : Dispositions générales concernant les garanties frais de santé**

Conformément aux dispositions de l’article L.224-8 du Code de la mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des sommes réellement engagées par le bénéficiaire ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé. La Mutuelle intervient en complément des prestations servies par les Régimes d’Assurance Maladie Obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux tableaux des garanties.

Les garanties, de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l’adhérent (ou ayant droit) peut obtenir l’indemnisation en s’adressant auprès de l’organisme de son choix.

Les garanties frais de santé couvrent selon le niveau de garantie, tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d’analyses et d’examens de laboratoire, de

radiologie, de transports et de matériel médical, de prothèses et d'appareillage restant à la charge de l'adhérent après intervention d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale. Elles permettent aussi le remboursement de forfait sans intervention préalable de la Sécurité sociale.

Les montants remboursés sont calculés en fonction soit :

- d'un taux de remboursement exprimé en % du BRSS. Tous les taux indiqués dans les présentes conditions générales et notamment aux tableaux des garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale ;
- d'un forfait exprimé en euros. Les forfaits sont remboursés à hauteur des dépenses engagées par l'adhérent et ne peuvent dans aucun cas dépasser les montants indiqués dans les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales indiquent les types de prestations garanties, les taux de remboursement, ainsi que les montants et les conditions d'attribution des forfaits et des principales limitations appliquées aux garanties frais de santé.

Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur le tableau de garanties n'entrainera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle à l'adhérent ou à ses ayants droit, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

Article 22 : Caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé

En application des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, les garanties responsables respectent les conditions de prise en charge définies par les articles R. En revanche, la Mutuelle assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence sur les tableaux des garanties.
871-1 et R.871-2 du même Code ainsi que par leurs textes d'application.

Conformément à la réglementation applicable aux contrats responsables, les garanties responsables prennent notamment en charge l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, sous réserve des exclusions prévues par les textes en vigueur et des limitations mentionnées au présent Règlement mutualiste.

Les garanties responsables assurent également, dans les conditions prévues par la réglementation, la prise en charge des équipements et prestations relevant du dispositif « 100 % Santé », notamment en matière d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires.

Les garanties responsables commercialisées au titre des présentes Conditions générales sont les suivantes :

- Les garanties Frais de Santé Famille « Base 1 », « Base 2 », « Base 3 » et « Base 4 » ;
- Les garanties Frais de Santé Seniors « Concorde », « Quiétude », « Plénitude », « Éminence » et « Apogée » ;
- Les garanties Frais de Santé TNS : « Starter », « Active », « Expert », « Premium », « Elite ».

Les garanties non responsables ne répondent pas aux critères définis à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale. Elles ne bénéficient pas du régime fiscal et social applicable aux contrats responsables et peuvent prévoir des modalités de remboursement différentes de celles imposées aux contrats responsables.

Les garanties non responsables commercialisées au titre des présentes Conditions générales sont les suivantes :

- Les garanties Frais de Santé Seniors « Élan » et « Essor ».

Les garanties responsables et non responsables demeurent soumises aux dispositions générales du présent Règlement mutualiste, sous réserve des limitations, exclusions et modalités de prise en charge spécifiques prévues pour chacune d'elles.

Article 23 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé dites responsables

✓ 23-1 : Les soins courants et d'hospitalisation

Limitations des soins courants et d'hospitalisation

La prise en charge du forfait journalier hospitalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation, mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, ne concerne que le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- La prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif de responsabilité ;
- Elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au DPTAM, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par le médecin n'adhérant pas au DPTAM).

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.

Un délai de carence des prestations liées à une hospitalisation

Le droit au remboursement des prestations liées à l'hospitalisation est soumis à un délai de carence d'un mois.

Le délai de carence ne s'applique pas si l'adhérent était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (Mutuelle, société d'assurances…) moins de deux mois avant la date d'effet de la garantie ou si les prestations sont liées à un accident survenu après cette date.

- ✓ **23-2 : L'optique**

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

La classe A (« panier 100% Santé ») : les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans la limite des prix limites de vente.

Et la classe B (« panier prix libres ») : les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

Le « panier 100% Santé » : verres ou montures appartenant à la classe A

Sont pris en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des prix limites de vente (PLV), dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) :

Deux verres et une monture appartenant à la classe A ;

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ;

Le supplément pour les verres avec filtre de classe A.

Dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP), le « panier prix libres » : verres ou montures appartenant à la classe B.

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/S25D/2019/116 du 29 mai 2019 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs. Les plafonds de prise en charge de ces équipements sont indiqués aux tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique. La prise en charge de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur en cas de renouvellement, n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- Par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'adhérent ou l'ayant droit concerné. Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le bénéficiaire ayant une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent

couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement…).

La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, les éléments de l'équipement relevant de la classe A étant pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente et déduit dudit plafond.

- ✓ **23-3 : Les soins et prothèses dentaires**

Pour les garanties frais de santé Famille, Seniors et TNS, un plafond annuel dentaire est prévu pour l'ensemble des remboursements intervenus en dehors du panier 100% santé, des soins dentaires et de l'implantologie remboursée lorsque celle-ci figure au tableau de garanties.
Ainsi lorsque le montant indiqué aux tableaux des garanties est atteint, seuls les montants correspondants aux tickets modérateurs des soins concernés sont encore remboursés.

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

Le panier 100 % Santé, sans reste à charge : actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation (HLF) sans reste à charge.
Le panier à tarifs maîtrisés : actes à entente directe limitée (application des HLF) avec reste à charge.

Le panier à tarifs libres : actes à entente directe libre (pas d'HLF) avec reste à charge.
Prise en charge à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité :
- Dans la limite des honoraires maximaux de facturation (HLF),
- Pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention du 17 juin 2018 modifiée,
- Aux dates fixées par voie règlementaire.

Les séances de détartrage sont prises en charges à hauteur d'un nombre de séances maximum indiqué aux tableaux des garanties.

✓ 23-4 : Les aides auditives

Dans le cadre du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie règlementaire.

Le panier 100 % Santé (Aides auditives de Classe 1)

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans la limite des prix limites de vente (PLV).

Aides auditives hors 100 % Santé (Aides auditives de Classe 2)

Les aides auditives hors 100 % Santé (Classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré. Dans les conditions et limites de la garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :
- au minimum du Ticket Modérateur et,
- au maximum d'une somme égale à 1700 euros.

Ce plafond inclut la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Périodicité de renouvellement des dispositifs d'aide auditive

Quelle que soit la catégorie de garantie choisie, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

✓ 23-5 : Exclusions du champ d'application des garanties frais de santé

Sont toujours exclus :

1° Les frais de santé relatifs à des soins, dont les dates de réalisation sont antérieures à la date d'ouverture de droits de la garantie ou postérieure à la date de fin de garantie ne pourront donner lieu à remboursement. De plus tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'ouverture de droits de la garantie, ne pourra pas donner lieu à remboursement.

2° Les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat.

3° Les soins consécutifs à des actes ayant un but esthétique ou de rajeunissement et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par un régime d'Assurance Maladie français.

4° Les frais de santé effectués lors d'un séjour à l'étranger.

5° Les actes ou les prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties.

6° Les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis en France où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties.

- **Article 24 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé Famille**
  - ✓ **24-1 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé famille Base 1**

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.
Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM / non DPTAM, des frais de séjour et de transport, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 50€ maximum par jour, dans la limite de 15 jours par séjour et par personne, et à 20 jours par an et par personne en psychiatrie; les frais d'accompagnement des mineurs hospitalisés de moins de 16 ans sont pris en charge à hauteur de 30€ par jour par séjour et par personne ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM ainsi que des actes de radiologie DPTAM, est limité à 120% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM ainsi que des actes de radiologie non DPTAM, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire, est limité à 110% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage (hors fauteuil roulant), des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques est limité à 125% de la BRSS ;
- Le remboursement des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas

d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel. Ce forfait est de 210€ à 260€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes selon le tableau des garanties ;
- Le forfait pour les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale est de 100€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des actes de chirurgie et de radiologie, des soins dentaires et de parodontologie est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 170% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1000€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des cures thermales est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité Sociale incluse) ;
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie et de diététique non remboursées par la sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 80€ par an et par personne.

Risques exclus :
- Les médicaments non prescrits, le vaccin anti-grippe non remboursé par la Sécurité sociale ;
- Les actes d'implantologie, l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Les frais de transport et d'hébergement dans le cadre de cures thermales.

- ✓ **24-2 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé famille Base 2**

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.
Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM et des frais de séjour est limité à 230% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des honoraires et actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Pour les soins de suite et de réadaptation, rééducation et psychiatrie, les frais de séjour et les honoraires des praticiens DPTAM sont pris en charge dans la limite de 180% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ceux des praticiens non DPTAM sont limités à 160% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 60€ maximum par jour, dans la limite de 15 jours par séjour et par personne, et à 20 jours par an et par personne en psychiatrie ; les frais d'accompagnement des mineurs hospitalisés de moins de 16 ans sont remboursés jusqu'à 30€ par jour par séjour et par personne ;
- Les frais de transports remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, ainsi que des actes de radiologie DPTAM, est limité à 170% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, ainsi que des actes de radiologie non DPTAM, est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire, est limité à 170% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage (hors fauteuil roulant), des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques est limité à 185% de la BRSS ;
- Le remboursement des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 1000€ par an et par personne ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel. Ce forfait est de 290€ à 340€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de de 180€ par an et par personne pour les lentilles qu'elles soient remboursées ou non par la sécurité sociale ;
- Le forfait pour les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'oeil est de 170€ par oeil, par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des actes de chirurgie et de radiologie, des soins dentaires et de parodontologie est limité à 195% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse); celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay est limité à 245% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 170% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le forfait pour l'implantologie est de 180€ par an et personne, et celui pour l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale, de 150€ par an et par personne; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1100€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 185% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des cures thermales est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité Sociale incluse) et la prise en charge des frais de transport et d'hébergement associés est limité à 150€ par an et par personne ;
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie et de diététique non remboursées par la sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 140€ par an et par personne ;
- Le forfait allocation naissance/adoption est de 200€.

Risques exclus :
- Les médicaments non prescrits, le vaccin anti-grippe non remboursé par la Sécurité sociale.

✓ 24-3 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé famille Base 3

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.
Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM et des frais de séjour est limité à 380% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse); celui des honoraires et actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Pour les soins de suite et de réadaptation, rééducation et psychiatrie, les frais de séjour et les honoraires des praticiens DPTAM sont pris en charge dans la limite de 180% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ceux des praticiens non DPTAM sont limités à 160% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 70€ maximum par jour, dans la limite de 15 jours par séjour et par personne, et à 20 jours par an et par personne en psychiatrie ; les frais d'accompagnement des mineurs hospitalisés de moins de 16 ans sont remboursés jusqu'à 30€ par jour par séjour et par personne ;
- Les frais de transports remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM est limité à 220% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes de radiologie DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes de radiologie non DPTAM est limité à 180% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire, est limité à 190% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage (hors fauteuil roulant), des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques est limité à 210% de la BRSS ;
- Le remboursement des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 1500€ par an et par personne ;

En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel. Ce forfait est de 330€ à 380€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes selon le tableau des garanties ;

- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de de 210€ par an et par personne pour les lentilles qu'elles soient remboursées ou non par la sécurité sociale ;
- Le forfait pour les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'oeil est de 200€ par oeil, par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des actes de chirurgie et de radiologie, des soins dentaires et de parodontologie est limité à 220% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse); celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay est limité à 320% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 290% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le forfait pour l'implantologie est de 250€ par an et personne, et celui pour l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale, de 150€ par an et par personne; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1200€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 210% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des cures thermales est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité Sociale incluse) et la prise en charge des frais de transport et d'hébergement associés est limité à 250€ par an et par personne ;
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie et de diététique non remboursées par la sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 180€ par an et par personne ;
- Le forfait pour le vaccin anti-grippe non remboursé par la Sécurité sociale est de 60 € par an et par personne ;
- Le forfait allocation naissance/adoption est de 250€.

Risques exclus :
- Les médicaments non prescrits.

✓ 24-4 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé famille Base 4

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM et des frais de séjour est limité à 430% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des honoraires et actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Pour les soins de suite et de réadaptation, rééducation et psychiatrie, les frais de séjour et les honoraires des praticiens DPTAM sont pris en charge dans la limite de 180% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ceux des praticiens non DPTAM sont limités à 160% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 80€ maximum par jour, dans la limite de 15 jours par séjour et par personne, et à 20 jours par an et par personne en psychiatrie ; les frais d'accompagnement des mineurs hospitalisés de moins de 16 ans sont remboursés jusqu'à 35€ par jour par séjour et par personne ;

- Les frais de transports remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM est limité à 270% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes de radiologie DPTAM est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes de radiologie non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire, est limité à 240% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse);
- Le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage (hors fauteuil roulant), des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques est limité à 290% de la BRSS ;
- Le remboursement des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 2000€ par an et par personne ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel. Ce forfait est de 370€ à 420€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de de 240€ par an et par personne - pour les lentilles qu'elles soient remboursées ou non par la sécurité sociale ;
- Le forfait pour les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'oeil est de 240€ par oeil, par an et par personne.
- Le remboursement des soins et prothèses Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des actes de chirurgie et de radiologie, des soins dentaires et de parodontologie est limité à 320% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse); celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay est limité à 370% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 350% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le forfait pour l'implantologie est de 300€ par an et personne, et celui pour l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale, de 200€ par an et par personne; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1300€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 290% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des cures thermales est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité Sociale incluse) et la prise en charge des frais de transport et d'hébergement associés est limité à 280€ par an et par personne ;
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie et de diététique non remboursées par la sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 200€ par an et par personne ;
- Le forfait pour le vaccin anti-grippe non remboursé par la Sécurité sociale est de 60 € par an et par personne ;
- Le forfait allocation naissance/adoption est de 300€.

Risques exclus :
- Les médicaments non prescrits.

▪ Article 25 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé Séniors

✓ 25-1 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Elan

Cette garantie est dite non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM / non DPTAM, des frais de séjour et de transport, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM/ non DPTAM, des actes de radiologie DPTAM/ non DPTAM, ainsi que des analyses et examens de laboratoire, et des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Risques exclus :
- Les frais de chambre particulière, de télévision et d'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- Les actes des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes) ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les soins, équipements et prothèses appartenant aux offres et paniers dits « 100% santé » ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy ;
- Les soins, actes de chirurgie et prothèses dentaires, de même que l'orthodontie, l'implantologie et la parodontologie ;
- Les soins et équipements d'optique ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Les dépenses liées à des aides et/ou prothèses auditives ;
- La prise en charge des prothèses capillaires ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale ;
- La prise en charge des consultations de médecines douces et/ou alternatives.

✓ 25-2 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Essor

Cette garantie est dite non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et actes des médecins DPTAM / non DPTAM, des frais de séjour et de transport, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM/ non DPTAM, des actes de radiologie DPTAM/ non DPTAM, ainsi que des analyses et examens de laboratoire, et des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).
- La prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de 2 verres est limitée à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse);
- Le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie dentaires, celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 300€ par an ;
- La prise en charge des aides auditives de Classe 2 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 100€ par oreille et par an, ainsi qu'un forfait de 10€ par an pour les piles.

Risques exclus :

- Les frais de chambre particulière, de télévision et d'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- Les actes des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes) ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les soins, équipements et prothèses appartenant aux offres et paniers dits « 100% santé » ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy ;
- Les soins et actes d'implantologie et la parodontologie ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- La prise en charge des prothèses capillaires ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale ;
- La prise en charge des consultations de médecines douces et/ou alternatives.

✓ 25-3 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Concorde

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM et non DPTAM, des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part

Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 25€ maximum par jour, dans la limite de 30 jours par an et par personne en médecine et chirurgie, à 21 jours par an et par personne en soins de suite et de de réadaptation, et enfin à 15 jours par an et par personne en psychiatrie ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM et non DPTAM, des actes de radiologie DPTAM et non DPTAM, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 75€ à 200€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 50€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 50€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 100€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 800€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), à un forfait de 100€ par an et par oreille, et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les piles non remboursées par la Sécurité sociale d'un appareil auditif est de 10€ par an ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;

- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est de 50€ par an et par personne dans la limite de 40€ par séance.

Risques exclus :
- Les frais de télévision et d'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ **25-4 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Quiétude**

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM, des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 40€ maximum par jour, celui des frais d'accompagnement d'un adulte de plus de 70 ans est limité à 20€ maximum par jour, dans la limite de 30 jours par an et par personne en médecine et chirurgie, à 21 jours par an et par personne en soins de suite et de de réadaptation, et enfin à 15 jours par an et par personne en psychiatrie ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 150€ à 300€ pour un équipement composé d'une

monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 75€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 75€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 200€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1000€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), à un forfait de 200€ par an et par oreille, et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les piles non remboursées par la Sécurité sociale d'un appareil auditif est de 15€ par an ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est de 75€ par an et par personne dans la limite de 40€ par séance.

Risques exclus :
- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ 25-5 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Plénitude

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 50€ maximum par jour, celui des frais d'accompagnement d'un adulte de plus de 70 ans est limité à 25€ maximum par jour, dans la limite de 30 jours par an et par personne en médecine et

chirurgie, à 21 jours par an et par personne en soins de suite et de de réadaptation, et enfin à 15 jours par an et par personne en psychiatrie ;

- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 200€ à 350€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 150€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 150€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 300€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1250€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), à un forfait de 300€ par an et par oreille, et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les piles non remboursées par la Sécurité sociale d'un appareil auditif est de 20€ par an ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est de 150€ par an et par personne dans la limite de 40€ par séance.

Risques exclus :
- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ **25-6 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé Séniors Apogée**

Cette garantie est dite responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 70€ maximum par jour, celui des frais d'accompagnement d'un adulte de plus de 70 ans est limité à 30€ maximum par jour, dans la limite de 30 jours par an et par personne en médecine et chirurgie, à 21 jours par an et par personne en soins de suite et de de réadaptation, et enfin à 15 jours par an et par personne en psychiatrie ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 250€ à 400€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;

- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 200€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 200€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 500€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1500€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), à un forfait de 500€ par an et par oreille, et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les piles non remboursées par la Sécurité sociale d'un appareil auditif est de 30€ par an ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est de 150€ par an et par personne dans la limite de 40€ par séance.

Risques exclus :
- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

▪ Article 26 : Limitations et exclusions spécifiques aux garanties Frais de Santé TNS

✓ 26-1: Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé TNS Starter

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM et non DPTAM, des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM et non DPTAM, des actes de radiologie DPTAM et non DPTAM, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que

des analyses et examens de laboratoire est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 50€ à 200€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie dentaires, celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est limité à 40€ par séance, une fois l'an.

Risques exclus :
- Les frais de chambre particulière, de télévision et d'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ 26-2 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé TNS Active

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des

médecins non DPTAM, des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 30€ maximum par jour, dans la limite de 90 jours par an et par personne en médecine, chirurgie, et en maternité ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes), ainsi que des analyses et examens de laboratoire est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 100€ à 250€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 50€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 50€ par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 100€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 750€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est limitée à 20€ par séance et dans la limite de 4 séances par an.

Risques exclus :
- Les frais de télévision et ceux de l'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les honoraires et actes liés à une chirurgie réfractive de l'œil ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ **26-3 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé TNS Expert**

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et le remboursement des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 45€ maximum par jour, dans la limite de 90 jours par an et par personne en médecine, chirurgie, et en maternité ;
- Le remboursement des frais pour un accompagnant (si le bénéficiaire hospitalisé est un mineur de moins de 12 ans ou un adulte de plus de 70 ans) est pris en charge à hauteur de 10€ maximum par jour, dans la limite de 60 jours par an et par personne ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), enfin le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes) et des analyses et examens de laboratoire est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en

charge pour un adulte. Ce forfait est de 150€ à 300€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;

- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 75€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 75€ par an et par personne ;
- Pour la chirurgie réfractive de l'œil, le forfait est de 150€ par œil, par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 150€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1000€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est limitée à 25€ par séance et dans la limite de 4 séances par an.

Risques exclus :

- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ 26-4 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé TNS Premium

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et le remboursement des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 60€ maximum par jour, dans la limite de 90 jours par an et par personne en médecine, chirurgie, et en maternité ;

- Le remboursement des frais pour un accompagnant (si le bénéficiaire hospitalisé est un mineur de moins de 12 ans ou un adulte de plus de 70 ans) est pris en charge à hauteur de 15€ maximum par jour, dans la limite de 60 jours par an et par personne ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), enfin le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes) et des analyses et examens de laboratoire est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 200€ à 350€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;
- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 100€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 100€ par an et par personne ;
- Pour la chirurgie réfractive de l'œil, le forfait est de 200€ par œil, par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 200€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1250€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est limitée à 30€ par séance et dans la limite de 4 séances par an.

Risques exclus :
- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

✓ 26-5 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Frais de Santé TNS Elite

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et le remboursement des frais de séjour et des frais de transport est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des coûts liés à une chambre particulière est pris en charge à hauteur de 70€ maximum par jour, dans la limite de 90 jours par an et par personne en médecine, chirurgie, et en maternité ;
- Le remboursement des frais pour un accompagnant (si le bénéficiaire hospitalisé est un mineur de moins de 12 ans ou un adulte de plus de 70 ans) est pris en charge à hauteur de 20€ maximum par jour, dans la limite de 60 jours par an et par personne ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes de radiologie DPTAM est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), celui des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes de radiologie non DPTAM, est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), enfin le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes) et des analyses et examens de laboratoire est limité à 175% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables et des frais de transport remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 12 séances par an ;
- Le remboursement de l'orthopédie et de l'appareillage acceptés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas de fauteuil roulant appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- En cas d'équipement optique appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte. Ce forfait est de 300€ à 450€ pour un équipement composé d'une

monture et de deux verres simples à très complexes, dont 100€ pour la monture, avec une prise en charge selon le tableau des garanties ;

- Les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), auquel s'ajoute un forfait de 125€ par an et par personne ;
- Les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale bénéficient d'un forfait de 125€ par an et par personne ;
- Pour la chirurgie réfractive de l'œil, le forfait est de 300€ par œil, par an et par personne ;
- Le remboursement des soins et prothèses dentaires Panier 100% santé est limité au HLF ;
- En dehors du panier 100% santé, le remboursement des soins dentaires, des actes de chirurgie et de radiologie est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ; celui des prothèses dentaires, des Inlay/Onlay et de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), s'y ajoute un forfait de 300€ par an et par personne pour l'implantologie et la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ; toutes ces prestations sont remboursées dans la limite d'un plafond annuel dentaire de 1500€ par an et par personne (cf. Article 23.3) ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), et soumis à un plafond de 1700€ tous les 4 ans (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classe 2 Offre 100% Santé est limité au PLV ;
- Le remboursement des prothèses capillaires de classes 1, 3 et 4 est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le forfait pour les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie, de nutrition-diététique, de sophrologie et de pédicurie est limitée à 40€ par séance et dans la limite de 4 séances par an.

Risques exclus :

- Les frais de télévision en cas d'hospitalisation ;
- Les médicaments, les vaccins et l'homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Toutes dépenses liées à des cures thermales ;
- L'ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale.

PARTIE 2 – NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

CONTRAT COLLECTIF n° FIC25SAN0111

UNION MUTUALISTE GENERALE PREVOYANCE (UMGP), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 316 730 662, dont le siège social se situe 25 rue Trébois, 92300 LEVALLOIS-PERRET a souscrit le contrat collectif **n° FIC25AN0111** au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone	**01 53 21 24 60**
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France}.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0111** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance santé de la marque **MUTUALP**;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0111**.

I. DEFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.

Adhérent : Toute personne physique, assurée au titre du contrat d'assurance santé de la marque **MUTUALP** et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Assuré aidant : L'Adhérent qui aide un de ses Proches parents aidé. L'Assuré aident apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les actes de la vie quotidienne. **Il doit avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent aidé à Domicile.**

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation **à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit**.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Chirurgie ambulatoire : Ensemble des actes chirurgicaux pour lesquels la durée d'Hospitalisation **est inférieure à 12 heures** et ne nécessite pas **un hébergement de nuit**.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0111.**

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médico-psycho-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**. L'Evènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,

sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : **Sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Immobilisation : incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, consécutive à une Maladie ou un Accident et nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente**.**

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

Maladie soudaine : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Pathologies lourdes : Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique , complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation est laissée à la charge des médecins de **FILASSISTANCE**.

Proche parent aidé : Ascendants et descendants du 1er degré, Conjoint ou beaux-parents de l'Adhérent, qui seraient dans un état consolidé de dépendance (à partir de GIR 4 au sens de l'AGGIR) ou de Handicap médicalement reconnu

Proches parents : les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.

II. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1) Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** suivant **la date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties.**

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

Ã défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement *a posteriori* ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, …) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de **FILASSISTANCE** ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2) Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, **FILASSISTANCE** peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, **FILASSISTANCE** rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par **FILASSISTANCE** au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Evènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de **FILASSISTANCE**.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que **FILASSISTANCE** aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx. ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

3) Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

4) Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

5) Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, **FILASSISTANCE** peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

- ***Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance***

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, **FILASSISTANCE** adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à **FILASSISTANCE.** L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par **FILASSISTANCE.**

- ***Délai de remboursement de l'avance à Filassistance***

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à **FILASSISTANCE** la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.**

- ***Sanctions***

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et **FILASSISTANCE** pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

III. TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants	
Ecoute, Conseil et Orientation (FILECOUTE)	Entretiens téléphoniques
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Permanence médicale	Informations téléphoniques
Deuxième avis médical	**Dans la limite d'un seul avis rendu par famille par année civile**
Téléconsultation	**Illimitée**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE AU DOMICILE DE L'ADHERENT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants - par Evènement : la Maladie, l'Accident	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation **sans prise en charge**
Recherche de lit et acheminement en milieu hospitalier	Organisation **sans prise en charge**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de la Chirurgie ambulatoire	
Aide à domicile	**10 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours suivant le retour au Domicile**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants, leur(s) ascendants - par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation	
Transmission des messages urgents	**7j/7 et 24H/24**
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans • Garde au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation**

• **OU** Accompagnement des enfants à l'école • **OU** Transfert accompagné des enfants chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **1 A/R par jour pendant 5 jours maximum par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant • Garde au Domicile • **OU** Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Aide à domicile	**10 heures maximum par Evènement réparties sur 15 jours consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation**
Garde des animaux de compagnie	**30 jours maximum par Evènement**
Présence d'un proche (au chevet) *(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside **à moins de 50 Km du lieu d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint**)*	**1 Titre de transport par Evènement** **2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC par Evènement**
Ecole à Domicile *(si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est hébergé chez un proche)*	**3 heures maximum par jour pendant 2 semaines maximum par Evènement**
Aide aux devoirs	**6 heures maximum par Evènement réparties sur les 2 semaines qui suivent le début ou la fin de l'Hospitalisation**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants, leur(s) ascendants - par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de l'Immobilisation	
Transmission des messages urgents	**7j/7 et 24H/24**
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans • Garde au Domicile • **OU** Accompagnement des enfants à l'école • **OU** Transfert accompagné des enfants chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Immobilisation** • **1 A/R par jour pendant 5 jours par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant	

• Garde au Domicile • **OU** Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début de l'Immobilisation** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Garde des Animaux de compagnie	**30 jours maximum par Evènement**
Présence d'un proche (au chevet) *(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside **à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent**)*	**1 Titre de transport par Evènement** **2 nuits d'hôtel maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC par Evènement**
Aide à domicile	**10 heures maximum par Evènement réparties sur 15 jours consécutifs** *(mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation)*
Acheminement des médicaments	Organisation **sans prise en charge**
Aide aux devoirs	**6 heures maximum par Evènement réparties sur 2 semaines consécutives**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHERAPIE, CHIMIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE OU CURIETHERAPIE D'UN BENEFICIAIRE Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : la Maladie à l'origine du traitement	
Aide à domicile	**30 heures maximum sur la durée du traitement dans la limite de 4 heures dans les 48 heures suivant chaque séance** **En tout état de cause, le plafond demeure de 30 heures maximum en cas de traitement associant radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIVE A LA SURVENANCE OU A L'AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE LOURDE D'UN BENEFICIAIRE Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : la Pathologie lourde	
Aide à domicile	**30 heures maximum par Evènement réparties sur 2 mois** *(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)*
ASSISTANCE AUX ENFANTS Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,	

- par Evènement : la Maladie soudaine ou l'Accident à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'enfant

Présence d'un proche (au chevet) *(si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint **âgé de moins de 16 ans** est hospitalisé **à plus de 50 Km de son Domicile**)*	**1 Titre de transport par Evènement** **7 nuits d'hôtel maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC par Evènement**
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans • Garde de l'enfant malade ou accidenté • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs** • **1 Titre de transport par Evènement**
Ecole à domicile *(si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une **durée supérieure à 15 jours** suite à une Maladie soudaine ou suite à un Accident)*	**3 heures maximum/jour pendant 5 semaines maximum par Evènement** *(mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation et ce **dès le 1er jour** de l'Immobilisation de l'enfant)*

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPERIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAINE DE LA PERSONNE SALARIÉE
EN CHARGÉ DE LA GARDE DES ENFANTS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'enfant de Adhérent ou de son Conjoint
- par Evènement : la Maladie soudaine et l'Accident à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation

Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans • Garde au Domicile • **OU** Transfert accompagné des enfants chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**

ASSISTANCE AUX SENIORS DE 70 ANS ET PLUS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l' Adhérent âgé de 70 ans et plus
- par Evènement : la Maladie soudaine et l'Accident à l'origine de l'Hospitalisation

Présence d'un proche (au chevet) *(si l'Adhérent est hospitalisé pour une durée **supérieure à 15 jours** et **à plus de 50 Km de son Domicile**)*	**1 Titre de transport maximum par Evènement** **4 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite de 320 € TTC par Evènement** *(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation de l'Adhérent ou dès son retour au Domicile)*
Mise à disposition d'un service de Téléassistance *(en cas d'Hospitalisation **de plus de 15 jours** d'un Adhérent **âgé de 70 ans et plus** ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent **âgé de 75 ans et plus**)*	**Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service** (Prévifil)

Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants - par Evènement : la Maternité	
Informations pour les primo-parents	Informations téléphoniques
Auxiliaire de Puériculture/Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale *(en cas de 1ère maternité ou de naissance multiple)*	**2 heures maximum par Evènement** au cours de la semaine faisant suite au retour au Domicile
Aide à domicile *(en cas de **séjour supérieur à 5 jours en maternité OU de naissance multiple**)*	**10 heures maximum par Evènement réparties sur les 5 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au Domicile**
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans *(en cas **de séjour en maternité supérieur à 8 jours**)* • Garde au Domicile • **OU** Accompagnement des enfants à l'école • **OU** Transfert accompagné des enfants chez un proche • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs** • **1 A/R par jour pendant 5 jours par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfants - par Evènement : le décès	
Avance de fonds	**3 050 € maximum par Evènement**
Transmission des messages urgents	**7j/7 et 24H/24**
Informations sur l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans • Garde au Domicile • **OU** Accompagnement des enfants à l'école • **OU** Transfert accompagné des enfants chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès** • **1 A/R par jour pendant 5 jours par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint	

dépendant • Garde au Domicile • **OU** Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche • **OU** Venue d'un proche jusqu'au Domicile	• **30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès** • **1 Titre de transport par Evènement** • **1 Titre de transport par Evènement**
Présence d'un proche (au Domicile)	**1 Titre de transport par Evènement** **2 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite 160 € TTC par Evènement**
Garde des Animaux de compagnie	**30 jours consécutifs maximum par Evènement dès la date du décès**
Aide à domicile	**20 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours consécutifs suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DECES D'UN PROCHE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint - par Evènement : l'Accident, la Maladie, le décès d'un Proche parent	
Accompagnementmédico-social	Entretiens téléphonique
Accompagnement psychologique	**3 entretiens téléphoniques maximumpar Evènement** et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1ère consultation avec un psychologue de ville, **dans la limite de 70 € TTC maximum par Evènement**.
AIDE AUX AIDANTS **Hormis la garantie « Auxiliaire de vie » qui accessible en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 h ou d'Immobilisation supérieure à 48 h de l'Aidant, les autres prestations sont accessibles lors de la survenance de la Dépendance ou du Handicap de l'Adhérent et/ou de l'un de ses Proches parents aidés** Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, Proche parent aidé - par Evènement : la survenance de la Dépendance ou du Handicap, l'Accident/Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation	
Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers *(accessible au proche de l'Adhérent dépendant ou handicapé au à l'Assuré aidant)*	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique *(accessible au proche de l'Adhérent dépendant ou handicapé, à l'Assuré aidant ou au Proche parent aidé)*	**3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement** et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1ère consultation avec un psychologue de ville, **dans la limite de 70 € TTC maximum par Evènement**.

Prise en charge temporaire du Proche parent aidé	Mise en relation
Auxiliaire de vie *(en cas d'Hospitalisation **supérieure à 24 heures** ou d'Immobilisation **supérieure à 48 heures** suite à un Accident ou à une Maladie soudaine de l'Assuré aidant)*	**10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement**
Téléassistance *(accessible à l'Adhérent dépendant ou handicapé o au Proche parent aidé)*	**Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service (Prévifil) par Evènement**
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance *(accessible au proche de l'Adhérent dépendant ou handicapé au à l'Assuré aidant)*	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DEPENDANCE DE L'ADHERENT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, - par Evènement : la Dépendance de l'Adhérent	
Renseignement sur la dépendance	Entretiens téléphoniques / mise en relation
Informations, démarches et aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
Aménagement du Domicile de l'Adhérent dépendant	Organisation **sans prise en charge**
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent dépendant	Entretiens téléphoniques
Téléassistance	**Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service (Prévifil) par Evènement**
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance	Informations téléphoniques
Les services d'assistance « à la carte » (accès aux services à la personne et aux services divers)	Mise en relation

IV. DETAIL DES GARANTIES

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1) PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 1, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs(s) enfants(s)**

a. Ecoute, conseil et orientation (FILECOUTE)

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire un service d'écoute active, d'accompagnement et d'orientation accessible **sans limitation.**

Par le biais d'entretiens téléphoniques, l'équipe de FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire sur des problématiques personnelles et professionnelles, identifie ses besoins et lui apporte une réponse en adéquation avec sa situation.

A l'issue du diagnostic FILASSISTANCE peut proposer les réponses suivantes :

Sur le plan personnel :

- informations sur les aides possibles pour les services à la personne. FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire en privilégiant les services à la personne locaux et les artisans à proximité de son lieu de résidence ;
- accompagnement par le pôle social sur la dépendance, le handicap, sur le rôle d'aidant, dans la recherche d'établissements spécialisés, aides financières, pour les démarches administratives, mise en relation avec les associations ;
- mise en relation du Bénéficiaire avec le pôle médical : afin de délivrer des informations sur la santé, la prévention, le parcours de soins et le parcours avant-après hospitalisation ;
- mise en relation avec un psychologue clinicien de FILASSISTANCE qui délivrera une écoute en cas de souffrance ou de stress.

Sur le plan professionnel :

- informations sur les thématiques suivantes : statuts professionnel, droit et durée du travail, congés ;
- accompagnement du Bénéficiaire par le pôle social de FILASSISTANCE autour de l'insertion des personnes handicapées, sur le retour à l'emploi après une longue interruption, le passage à la retraite ;
- mise en relation avec un psychologue clinicien de FILASSISTANCE qui délivrera une écoute en cas de stress au travail.

Au-delà de l'accompagnement décrit ci-dessus, FILASSISTANCE pourra envisager la mise en place des prestations d'assistance pouvant répondre au besoin détecté suite au diagnostic par FILASSISTANCE.

Si les conditions contractuelles ne sont pas réunies pour une prise en charge de la prestation par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire sera réorienté soit vers les prestataires appartenant au réseau de FILASSISTANCE soit vers des organismes pouvant lui venir en aide.

b. Information juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- **Renseignements réglementaires**

× **Justice / défense / recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.

× **Sociétés / commerçants / artisans / affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances

professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.

- **Assurances sociales / allocations / retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts / fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

- **Renseignements vie pratique**

- **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement / formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

- **Renseignements divers dépannage**

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, etc.
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 Km du Domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc.

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros de téléphone. FILASSISTANCE **ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni être responsable de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou de la rapidité de son intervention**.

Les éventuels frais engagés seront à la charge de l'Adhérent.

c. Permanence médicale

FILASSISTANCE fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :

- **Prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires ... ;
- **Mode de vie** : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation) ... ;
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes ... ;
- **Données administratives** : aides au maintien à Domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées ... ;
- **Examens médicaux** : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie) ... ;
- **Coordonnées utiles** : centres de consultation spécialisés, associations de patients,

établissements spécialisés (rééducation, désintoxication thermalisme).

Sans se substituer au médecin traitant, FILASSISTANCE peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (**à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone**).

FILASSISTANCE aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

d. Deuxième avis médical

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire un service pouvant délivrer un 2ème avis médical par des experts reconnus pour leur expérience académique et clinique afin qu'il puisse prendre une décision éclairée en cas de maladie grave ou de décision médicale importante.

Le Bénéficiaire peut obtenir un deuxième avis lorsqu'un premier diagnostic a déjà été posé par un médecin spécialiste.

La mise en œuvre de cette prestation est subordonnée à la transmission par le Bénéficiaire de l'exhaustivité des comptes-rendus médicaux et examens déjà réalisés par le Bénéficiaire. Ces éléments, demandés lors de la constitution du dossier, sont nécessaires pour obtenir un deuxième avis médical.

Dans le cadre du 2ème avis médical, le Bénéficiaire accède à un réseau de spécialistes sélectionnés pour leurs compétences. Si aucun spécialiste n'est référencé pour la pathologie du Bénéficiaire, la prestation ne pourra pas être délivrée.

Un 2ème avis médical pourra être rendu pour les pathologies suivantes :

- Maladies cardiovasculaires
- Maladies des os, des articulations et des muscles
- Tumeurs et cancers
- Maladies gynécologiques,
- Maladies urologiques
- Maladies digestives
- Maladies du sang
- Maladies respiratoires
- Maladies du système nerveux
- Maladies de la peau
- Maladies des yeux
- Maladies de l'oreille
- Maladies endocriniennes et métaboliques
- Maladies rares,
- Maladies systémiques
- Maladies infectieuses

Cette liste est communiquée à titre indicatif et peut évoluer.

L'avis est rendu dans un délai moyen de 7 jours à compter de la date de transmission des données par le Bénéficiaire, **à concurrence d'un seul avis rendu par famille par année civile.**

e. Téléconsultation

Le Bénéficiaire majeur ou le titulaire de l'autorité parentale du Bénéficiaire mineur peut contacter FILASSISTANCE afin de bénéficier d'une téléconsultation délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes.

Toute téléconsultation pour un majeur sous tutelle devra être effectuée par le tuteur.

La téléconsultation est dispensée dans le respect des dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et des dispositions légales concernant le secret médical.

Les ordonnances délivrées dans le cadre de la téléconsultation seront rédigées exclusivement en français et seront valables uniquement au sein de l'Union Européenne.

Lors du premier appel du Bénéficiaire auprès de FILASSISTANCE, un lien vers une plateforme lui sera communiqué. Afin de bénéficier de la téléconsultation, le Bénéficiaire devra s'y inscrire et y déposer sa carte d'identité

Le Bénéficiaire peut également se rendre directement sur la plateforme du partenaire, patient.medecindirect.fr , pour s'y inscrire. Le Bénéficiaire devra renseigner les informations personnelles suivantes : adresse e-mail, nom, prénom ainsi que le numéro de sa carte d'Adhérent pour activer son compte et y déposer sa carte d'identité.

Le Bénéficiaire pourra ensuite formuler sa demande de téléconsultation sur la plateforme.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin apportera au Bénéficiaire une réponse médicale adaptée à sa situation. Cette réponse, rendue par écrit, téléphone ou visioconférence, prendra l'une des formes suivantes :

- Un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire,
- Une orientation vers le médecin traitant,
- Une orientation vers un spécialiste,
- Une ordonnance.

Le médecin, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, délivrant la téléconsultation **est seul décisionnaire de la suite à y donner**. Dans le cas où il identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté vers les services d'urgence.

Le service de téléconsultation médicale ne pourra pas délivrer d'arrêts de travail, de certificats médicaux, de renouvellements d'ordonnance d'une durée supérieure à 1 mois, d'ordonnances de kinésithérapie et pour des semelles orthopédiques.

L'accès à cette prestation est illimité et son coût est pris en charge par FILASSISTANCE.

2) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHERENT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 2, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs(s) enfants(s)**
- **par Evènement : la Maladie, l'Accident**

a. Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

b. Recherche de lit et acheminement en milieu hospitalier

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation de l'Adhérent, FILASSISTANCE l'aide à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve des disponibilités locales et de l'accord du centre d'admission**.

Les éventuels frais engagés seront à la charge de l'Adhérent.

Sur prescription médicale, FILASSISTANCE recherche également une ambulance et organise le transport de l'Adhérent malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation. **Les frais de l'ambulance ou du transport resteront à la charge de l'Adhérent**.

Si le retour au Domicile de l'Adhérent doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'Adhérent en fait la demande, FILASSISTANCE organisera son retour, **sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.**

3) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 3, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de la Chirurgie ambulatoire**

a. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition et **prend en charge** une Aide à domicile, **dans la limite de 10 heures réparties sur les 15 jours suivant le retour au Domicile.**

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE rembourse le Bénéficiaire, **sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de FILASSISTANCE pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

4) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 4, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs(s) enfants(s), leur(s) ascendant(s)**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation**

a. Transmission de messages urgents

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- **une justification de la demande**,
- **une expression claire et explicite du message à retransmettre**,
- **une indication précise des noms**, **prénoms**, **adresse complète et éventuellement**, **numéro de téléphone de la personne à contacter**.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

b. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une des prestations ci-dessous**, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite **d'un aller-retour par jour pendant 5 jours par Evènement** ;
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

c. Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ;
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur

disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;

- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

d. Aide à Domicile

Si FILASSISTANCE met à disposition et **prend en charge** une Aide à domicile, **dans la limite de 10 heures par Evènement, réparties sur les 15 jours consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation**.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de FILASSISTANCE pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

e. Garde des Animaux de compagnie

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie de l'Adhérent, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 30 jours par Evènement.**

f. Présence d'un proche (au chevet)

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside **à moins de 50 Km du lieu d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint,** FILASSISTANCE **organise et prend en charge** la venue d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à sa disposition **un Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place **à concurrence de 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC par Evènement.**

g. Ecole à Domicile

Si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est hébergé chez un proche, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile d'un proche de l'Adhérent résidant dans sa Zone de résidence, pour lui dispenser des cours, de la classe préparatoire à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1ère et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences de la vie et de la terre.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 heures par jour pendant 2 semaines par Evènement.**

h. Aide aux devoirs

FILASSISTANCE **organise et prend en charge** un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent, pour aider les enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint à faire leurs devoirs.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 6 heures par Evènement réparties sur les 2 semaines qui suivent le début ou la fin de l'Hospitalisation.**

5) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 5, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs(s) enfants(s), leur(s) ascendant(s)**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de l'Immobilisation**

a. Transmission des messages urgents

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- **une justification de la demande**,
- **une expression claire et explicite du message à retransmettre**,
- **une indication précise des noms**, **prénoms**, **adresse complète et éventuellement**, **numéro de téléphone de la personne à contacter**.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint

b. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Immobilisation ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite **d'un aller-retour par jour pendant 5 jours par Evènement** ;
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

c. Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Immobilisation ;
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

d. Garde des Animaux de compagnie

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie de l'Adhérent, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 30 jours par Evènement.**

e. Présence d'un proche (au chevet)

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside **à moins de 50 Km Domicile de l'Adhérent,** FILASSISTANCE **organise et prend en charge** la venue d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à sa disposition **un Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE **prend également en charge l'hébergement du proche sur place à concurrence de 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) et dans la limite de 160 € TTC par Evènement.**

f. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition et **prend en charge** une Aide à domicile, **dans la limite de 10 heures par Evènement, réparties sur les 15 jours consécutifs suivant le début ou la fin de l'Immobilisation**.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de** FILASSISTANCE **pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

g. Acheminement de médicaments

FILASSISTANCE organise l'acheminement des médicaments au Domicile de l'Adhérent, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance**.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans **un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile de l'Adhérent**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments ainsi que les frais d'acheminement seront pris en charge financièrement par l'Adhérent.

h. Aide aux devoirs

FILASSISTANCE **organise et prend en charge** un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent, pour aider les enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint à faire leurs devoirs.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 6 heures par Evènement réparties sur les 2 semaines consécutives pendant l'Immobilisation.**

6) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHERAPIE, CHIMIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE OU CURIETHERAPIE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 6, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint,**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine du traitement**

a. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition et **prend en charge** une Aide à domicile, **dans le la limite de 30 heures sur la durée du traitement, à raison de 4 heures maximum dans les 48 heures suivant chaque séance.**

En tout état de cause, le plafond demeure de 30 heures maximum en cas de traitement associant

radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE rembourse le Bénéficiaire, **sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de FILASSISTANCE pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile

7) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIVE A LA SURVENANCE OU A L'AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE LOURDE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 7, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint,**
- **par Evènement : la Pathologie lourde**

a. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Aide à domicile, dans **la limite de 30 heures par Evènement réparties sur 2 mois, pendant la durée de l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile**.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de FILASSISTANCE pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

8) ASSISTANCE AUX ENFANTS

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 8, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,**
- **par Evènement : la Maladie soudaine ou l'Accident à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'enfant**

a. Présence d'un proche au chevet

Si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint **âgé de moins de 16 ans** est hospitalisé **à plus de 50 Km de son Domicile**, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en lui mettant à disposition **1 Titre de transport par Evènement** par afin de lui permettre de se rendre auprès de l'enfant.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place **à concurrence de 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC par Evènement**

b. Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans

En cas de Maladie soudaine ou d'Accident, obligeant un des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint à rester au Domicile et si aucune personne ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE **organise et prend en charge l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à Domicile pour Maladie soudaine ou Accident, doit être confirmée par l'envoi d'un certificat médical établi avant l'appel préalable de l'Adhérent.

La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

c. Ecole à Domicile

Si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est **immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours** suite à une Maladie soudaine ou suite à un Accident, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un proche de l'Adhérent résidant dans sa Zone de résidence, pour lui dispenser des cours, de la classe préparatoire à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1ère et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences de la vie et de la terre.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Cette prestation est mise en place pendant l'Immobilisation et **dès le 1er jour de l'Immobilisation** de l'enfant.

Cette garantie est en œuvre **dans la limite de 3 heures par jour pendant de 5 semaines maximum par Evènement.**

9) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPERIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAINE DE LA PERSONNE SALARIEE EN CHARGE DE LA GARDE DES ENFANTS

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 9, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'(es) enfant(s) de l'Adhérent ou de son Conjoint,**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation**

a. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si la personne salariée en charge de la garde des enfants est hospitalisée pour une durée supérieure à 24 heures ou immobilisée à domicile pour plus de 48 heures consécutives, suite à un Accident ou à une Maladie soudaine, et si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à Domicile ; **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à domicile ;

- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;

- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par** Evènement.

10) ASSISTANCE AUX SENIORS DE 70 ANS ET PLUS

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 10, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent de 70 ans et plus,**
- **par Evènement : la Maladie soudaine et l'Accident à l'origine de l'Hospitalisation**

a. Présence d'un proche (au chevet)

Si l'Adhérent est hospitalisé pour une durée **supérieure à 15 jours** et **à plus de 50 Km de son Domicile,** FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en lui mettant à disposition **1 Titre de transport par Evènement** afin de lui permettre de se rendre auprès de l'Adhérent.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place **à concurrence de 4 nuits maximum (frais de nourriture compris) et dans la limite de 320 € TTC par Evènement.**

b. Mise à disposition d'un service de Téléassistance

En cas d'Hospitalisation **de plus de 15 jours** d'un Adhérent **âgé de 70 ans et plus** ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent **âgé de 75 ans et plus,** FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) **pour une durée de 3 mois maximum**.

Au-delà de cette période, le Bénéficiaire aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

c. Aide à la constitution du dossier de financement du service de Téléassistance

A la demande de l'Assuré aidant ou de l'Adhérent dépendant, une assistante sociale de FILASSISTANCE pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.

11) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 11, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),**
- **par Evènement : la Maternité**

a. Informations pour les primo-parents

FILASSISTANCE oriente et informe dans la résolution des problèmes de la vie sociale et familiale rencontrés par les primo-parents.

b. Auxiliaire de puériculture/Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale

En cas de 1ère maternité ou de naissance multiple, FILASSISTANCE prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture ou d'un(e) technicien(ne) d'intervention sociale et familiale au Domicile de l'Adhérent.

Cette garantie est en œuvre **dans la limite de 2 heures par Evènement, au cours de la semaine faisant suite au retour au Domicile.**

c. Aide à Domicile

En cas de **séjour supérieur à 5 jours en maternité OU de naissance multiple,** FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Aide à domicile, **dans la limite de 10 heures par Evènement réparties sur les 5 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au Domicile**.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de** FILASSISTANCE **pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

d. Garde ou transfert des enfants âgé de moins de 16 ans

En cas **de séjour en maternité supérieure 8 jours**, si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile **dans la limite de 30 heures par Evènement**, réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite **d'un aller-retour par jour pendant 5 jours par Evènement** ;
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

12) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 12, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint,**
- **par Evènement : le Décès**

a. Avance de fonds

Si les proches de l'Adhérent ou de son Conjoint décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE accorde une avance aux proches du l'Adhérent ou de son Conjoint décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

L'avance est consentie dans la limite de 3 050 € par Evènement.

b. Transmission de messages urgents

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- **une justification de la demande**,
- **une expression claire et explicite du message à retransmettre**,
- **une indication précise des noms**, **prénoms**, **adresse complète et éventuellement**, **numéro de téléphone de la personne à contacter**.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

c. Informations sur l'organisation des obsèques

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un service d'informations.

Ce service comprend des informations téléphoniques et des renseignements concernant les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- les papiers à fournir,
- les organismes à prévenir,
- les soins de conservation,
- les cimetières et concessions,
- chambres funéraires,
- transports,
- inhumation,
- coût des obsèques.

d. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint décédé, restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par Conjoint survivant:

- La garde à Domicile ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école ;
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile.

e. Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint décédé ou du Conjoint dépendant vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par le Conjoint survivant :

- La garde à Domicile ;
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent,** en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile, en mettant à lui disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

f. Présence d'un Proche au Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre auprès du Conjoint survivant resté seul au Domicile.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place à concurrence de **2 nuits maximum** (frais de nourriture compris) et **dans la limite de 160€ TTC par Evènement.**

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de** FILASSISTANCE **pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

g. Garde des Animaux de compagnie

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie de l'Adhérent ou de son Conjoint décédé, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 30 jours par Evènement.**

h. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition **et prend en charge** une Aide à domicile, **dans la limite 20 heures par Evènement réparties sur les 15 jours consécutifs suivant la date du**

décès de l'Adhérent ou de son Conjoint.

Si le Bénéficiaire souhaite que son Aide à domicile habituelle intervienne dans le cadre de la mise en œuvre de cette garantie, FILASSISTANCE **rembourse le Bénéficiaire, sous réserve de la présentation de factures conformes justifiant de la réalisation de la prestation, dans la limite du montant qui aurait été versé au prestataire de** FILASSISTANCE **pour la mise en place du nombre d'heures accordé.**

Le Bénéficiaire est responsable du paiement du reste à charge à son Aide à domicile.

13) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DECES D'UN PROCHE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 13, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint,**
- **par Evènement : l'Accident, la Maladie, le Décès d'un Proche parent**

a. Accompagnement médico-social

FILASSISTANCE peut mettre l'Adhérent et/ou son Conjoint en relation avec l'Equipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

b. Accompagnement psychologique

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique. Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par Evènement.**

FILASSISTANCE prend également en charge ou rembourse une première consultation avec un psychologue de ville **dans la limite de 70 € TTC par Evènement.**

14) AIDE AUX AIDANTS

Hormis la garantie « Auxiliaire de vie » qui est accessible en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 h ou d'Immobilisation supérieure à 48 h de l'Assuré aidant, les autres prestations sont accessibles lors de la survenance de la Dépendance ou du Handicap de l'Adhérent et/ou de l'un de ses Proches parents aidés.

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 14, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent, le Proche parent aidé,**
- **par Evènement : la survenance de la Dépendance ou du Handicap, l'Accident/Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation**

a. Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Assuré aidant ou d'un proche de l'Adhérent dépendant, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Adhérent dépendant ou handicapé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Assuré aidant ou de l'Adhérent dépendant.

b. Accompagnement psychologique

L'Adhérent dépendant ou handicapé, l'Assuré aidant ou le Proche parent aidé peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de **3 entretiens téléphoniques par Evènement.**

FILASSISTANCE prend également en charge ou rembourse une première consultation avec un psychologue de ville **dans la limite de 70 € TTC par Evènement.**

c. Prise en charge temporaire du Proche parent aidé

Lorsque l'Assuré aidant doit s'absenter, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

FILASSISTANCE informera l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agrées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel, …).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à Domicile et organise des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Assuré aidant.

d. Auxiliaire de vie

Si l'Assuré aidant est hospitalisée pour une durée **supérieure** à **24 heures** ou immobilisé au Domicile pour une durée **supérieure à 48 heures** suite à un Accident ou une Maladie soudaine, FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge l'intervention d'une Auxiliaire de vie **à concurrence de 10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement.**

e. Mise à disposition d'un service de Téléassistance

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) **pour une durée de 3 mois maximum**.

Au-delà de cette période, l'Adhérent dépendant ou handicapé, ou le Proche parent aidé aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

f. Aide à la constitution du dossier de financement du service de Téléassistance

A la demande de l'Assuré aidant ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé, une assistante sociale de FILASSISTANCE pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.).

15) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DEPENDANCE DE L'ADHERENT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 15, il faut entendre
- **par Bénéficiaire : l'Adhérent,**
- **par Evènement : la Dépendance de l'Adhérent**

a. Renseignements sur la dépendance

FILASSISTANCE communique à l'Adhérent dépendant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de sa Dépendance, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE met en contact la famille de l'Adhérent dépendant avec les organismes concernés.

b. Informations, démarches et aide à la constitution de dossier

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Adhérent dépendant ou d'un proche de l'Adhérent dépendant, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Adhérent dépendant ou handicapé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Adhérent ou le proche de l'Adhérent dépendant pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Adhérent dépendant ou le proche de l'Adhérent dépendant à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Adhérent ou le proche de l'Adhérent dépendant le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Adhérent dépendant.

c. Aménagement du Domicile de l'Adhérent dépendant

FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement de l'Adhérent dépendant.

Il est à la disposition de l'Adhérent dépendant dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisés et associations.

Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Adhérent dépendant.

d. Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent dépendant

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Adhérent dépendant ou au proche de l'Adhérent dépendant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir de façon temporaire ou permanente, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera**.

Si l'Adhérent dépendant ou le proche de l'Adhérent dépendant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Le coût du lit est à la charge de l'Adhérent dépendant.

e. Mise en place d'un service de Téléassistance

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) **pour une durée de 3 mois maximum par Evènement**.

Au-delà de cette période, l'Adhérent dépendant aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

f. Aide à la constitution du dossier de financement du service de Téléassistance

A la demande de l'Adhérent dépendant, une assistante sociale de FILASSISTANCE pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.).

g. Services d'assistance « à la carte » (accès aux services à la personne et aux services divers)

Ces services sont accessibles à tout moment. FILASSISTANCE aide l'Adhérent dépendant ou l'un de ses proches dans la recherche des prestataires et se charge

de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales** :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie".
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du Domicile …).

FILASSISTANCE indique à l'Adhérent dépendant quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent dépendant.

V. EXCLUSIONS

1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- **les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;**
- **les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;**
- **les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;**
- **les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **les dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;**
- **les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;**
- **les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;**
- **les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;**
- **les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;**
- **les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;**
- **les conséquences de la tentative de suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;**
- **les conséquences des états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours)**

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- **tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- **tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.**

VI. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1) Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

2) Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

3) Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

4) Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

5) Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par **FILASSISTANCE**, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6) 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 du Code des assurances :

- **Délai de prescription**

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont

prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré 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 de l'assuré.

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3

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

- **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire

prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- **Causes de report et de suspension de la prescription**

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;

2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;

3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux,

soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www.legifrance.gouv.fr).

- **Saisine du médiateur**

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

7) Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ANNEXES

TABLEAU DES GARANTIES GAMME SANTÉ FAMILLE

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
HOSPITALISATION				
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%	230%	380%	430%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%	200%	200%	200%
Frais de séjour en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
Frais de séjour en secteur non conventionné	100%	230%	380%	430%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie DPTAM (2)	100%	180%	180%	180%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie non DPTAM (2)	100%	160%	160%	160%
Frais de séjour en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie	100%	180%	180%	180%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) limitée à 15 jours/séjour/bénéficiaire (hospitalisation et Soins Médicaux et de Réadaptation cumulés). En psychiatrie limitée à 20 jours/an/bénéficiaire (1)	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans) limité à 15 jours/séjour/personne (hospitalisation et suites cumulées).	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)				
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	120%	170%	220%	270%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	150%	200%	200%
Radiologie DPTAM (2)	120%	170%	200%	250%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	150%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	110%	170%	190%	240%
Consultations psychologues du dispositif Mon soutien psy de la Sécurité sociale (article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	12 séances/an	12 séances/an	12 séances/an	12 séances/an
Analyses et examens de laboratoire	110%	170%	190%	240%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage (hors fauteuil roulant) acceptés par la Sécurité sociale	125%	185%	210%	290%
Fauteuil roulant accepté par la Sécurité sociale	100%	100% + 1000€	100% + 1500 €	100% + 2000 €
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à) (8)	1000€/an/bénéficiaire	1100€/an/bénéficiaire	1200€/an/bénéficiaire	1300€/an/bénéficiaire
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3) ***	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	125%	195%	220%	320%
Prothèses dentaires ("offre maitrisée" et "offre libre") (3) ***	170%	245%	320%	370%
Implantologie (1) ****	-	180 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	170%	170%	290%	350%
Orthodontie refusée Sécurité sociale (1)	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES				
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	125%	185%	210%	290%
OPTIQUE (en classe B, forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur). Le remboursement de la monture est limité à 100€ en classe B et 30€ en classe A (5) (6)				
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) :				
Monture avec deux verres simples (a)*	210 €	290 €	330 €	370 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	220 €	300 €	340 €	380 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)*	230 €	310 €	350 €	390 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)*	240 €	320 €	360 €	400 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	250 €	330 €	370 €	410 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	260 €	340 €	380 €	420 €
La prise en charge de la monture dans l'équipement optique est limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €
Chirurgie réfractive	-	170€ /œil	200€ /œil	240€ /œil
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	100 €	100% + 180 €/an/bénéficiaire	100% + 210 €/an/bénéficiaire	100% + 240 €/an/bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	-	180 €/an/bénéficiaire	210 €/an/bénéficiaire	240 €/an/bénéficiaire
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires et forfaits	100%	100%	100%	100%
Transports et hébergement (1)	-	150 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	280 €/an/bénéficiaire
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES				
Acupuncteur, ostéopathe, diététicien (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	80 €/an/bénéficiaire	140 €/an/bénéficiaire	180 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Vaccin anti-grippe (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	-	-	60 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire
Soins à l'étranger**	100%	100%	100%	100%
Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages, ostéodensitométrie) Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale**	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Allocation naissance/adoption (7)	-	200 €	250 €	300 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente

ASSISTANCE ET SERVICES	
FOR ME : Assistance vie quotidienne, juridique, sociale, administrative et psychologique. Tél : 01 41 61 23 95 de 9h à 18h du lundi au vendredi. Cellule d'écoute psychologique accessible 24h/ 24 et 7j/7	Inclus dans votre contrat
MédecinDirect: télémédecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Acceliance Retraite : 04 72 69 89 09 ou acceliance-retraite.fr	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

* voir grille optique ci-dessous

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples c - Verres complexes f - Verres très complexes b - Verres a & c d - Verres a & f e - Verres c & f	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6 c) verres unifocaux : sphériques hors cone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8 f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Prestations en vigueur à compter du 08/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

**** Sur présentation de facture acquittée ***Sur présentation de la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité **** Sur présentation du passeport implantaire**

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(2) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR.

(3) : Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(4) : Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(5) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(6) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(7) : Sur présentation acte de naissance ou d'adoption.

(8) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

mutualp

mutualp

TABLEAU DES GARANTIES
SANTÉ SENIORS

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	ÉLAN	ESSOR	CONCORDE	QUIÉTUDE	PLÉNITUDE	APOGÉE
HOSPITALISATION						
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en médecine, chirurgie et maternité dans la limite remboursement limité à 30 jours/an, excepté [1][10] :	-	-	25€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	70€ / jour
Forfait accompagnant - 12 ans et adulte + 70 ans dans la limite de 60 jours /an [1]	-	-	-	20€ / jour	25€ / jour	30€ / jour
SOINS COURANT						
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Radiologie non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	-	-	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Dispositif Mon soutien psy [2]	-	-	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Transport remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et appareillage acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Fauteuils roulants - Offre 100% santé [4]	-	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
DENTAIRES						
Soins et prothèses 100% Santé [3]	-	-	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Soins et chirurgie hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) [3]	-	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) [3]	-	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Plafond annuel dentaire pour les soins et prothèses hors 100% santé [1][4]	-	300€ / an	800€ / an	1000€ / an	1250€ / an	1500€ / an
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	-	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Forfait annuel implantologie/parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale [1]	-	-	100€	200€	300€	500€
OPTIQUE						
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres)*offre 100% Santé* [7][8]	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture de classe B) - Tarifs libres [7] :						
Équipement composé d'une monture et de 2 verres simples (a)*	-	100% BR	75€	150€	200€	250€
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	-	100% BR	125€	175€	225€	275€
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (c)*	-	100% BR	125€	200€	250€	300€
OU Monture avec deux verres complexes (d)*	-	100% BR	200€	225€	275€	325€
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	-	100% BR	200€	250€	300€	350€
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	-	100% BR	200€	300€	350€	400€
La prise en charge de la monture dans le forfait est limitée à :	-	-	100€	100€	100€	100€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale [1]	-	100% BR	100% BR + 50€	100% BR + 75€	100% BR + 150€	100% BR + 200€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale [1]	-	-	50€	75€	150€	200€

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	ÉLAN	ESSOR	CONCORDE	QUIÉTUDE	PLÉNITUDE	APOGÉE
AIDES AUDITIVES						
Equipements 100% Santé - Classe 1 (9)	-	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Equipements hors 100% Santé - Classe 2 - Tarifs libres (1) (10)	-	100% BR + 100€ / oreille	100% BR + 100€ / oreille	100% BR + 200€ / oreille	100% BR + 300€ / oreille	100% BR + 500€ / oreille
Piles et autres matériels (1)	-	10€ / an	10€ / an	15€ / an	20€ / an	30€ / an
PROTHÈSES CAPILLAIRES						
Prothèse capillaire totale classe 2 - Offre 100% santé (10)	-	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Prothèse capillaire totale classe 1, 3 et 4	-	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINES DOUCES						
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens** (1)	-	-	50 €/an, limitéà 40€ par séance	75 €/an, limité à 40€ par séance	150 €/an, limité à 40€ par séance	150 €/an, limité à 40€ par séance
ASSISTANCE ET SERVICES						
Assistance vie quodienne	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Téléconsultation médicale	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
FR : Frais réels
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de vente
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

ASSISTANCE ET SERVICES	
MédecinDirect : télémédecine 24h/24 et 7j/7 au **09 74 59 51 10** ou sur **medecindirect.fr** et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples c - Verres complexes f - Verres très complexes b - Verres a & c d - Verres a & f e - Verres c & f	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.
* Voir grille optique ci dessus
** Sur présentation de facture acquittée
Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations. (1) L'annualité pour les garanties mentionnant un *(1)* s'apprécie pour chaque bénéficiaire, et se renouvelle chaque année. (2) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR. (3) Sur prescription médicale. Psychologues adhérents au Dispositif Mon soutien psy. (4) Tels que définis réglementairement, les fauteuils roulants appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. (5) Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. (6) Pour toutes les garanties concernées exceptée la garantie essor : au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins. (7) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé". (8) Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. (9) Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). (10) Tels que définies réglementairement, les prothèses capillaires appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. (11) Excepté en Soins Médicaux et de Réadaptation : limité à 21 jours/an, et en Psychiatrie : limité à 15 jours/an *(1)*

mutualp

TABLEAU DES GARANTIES
SANTÉ TNS

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	STARTER	ACTIVE	EXPERT	PREMIUM	ÉLITE
HOSPITALISATION					
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en médecine, chirurgie et maternité dans la limite de 90 jours/an [1]	-	30€ / jour	45€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Forfait accompagnant - 12 ans et adulte + 70 ans dans la limite de 60 jours /an [1]	-	-	10€ / jour	15€ / jour	20€ / jour
SOINS COURANT					
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Radiologie DPTAM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Radiologie non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Dispositif Mon soutien psy [2]	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Transport remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et appareillage acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Fauteuils roulants - Offre 100% santé [4]	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
DENTAIRES					
Soins et prothèses 100% Santé [3]	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Soins et chirurgie hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) [3]	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) [3]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Plafond annuel dentaire pour les soins et prothèses hors 100% santé [1] [6]	-	750€ / an par bénéficiaire	1000€ / an par bénéficiaire	1250€ / an par bénéficiaire	1500€ / an par bénéficiaire
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Forfait annuel implantologie/parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale [1]	-	100€	150€	200€	250€
OPTIQUE					
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres)*offre 100% Santé* [7] [8]	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture de classe B) - Tarifs libres [7] :					
Équipement composé d'une monture et de 2 verres simples (a)*	50€	100€	150€	200€	300€
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	125€	125€	175€	225€	325€
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (c)*	125€	150€	200€	250€	350€
OU Monture avec deux verres complexes (d)*	200€	200€	225€	275€	375€
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	200€	225€	250€	300€	400€
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	200€	250€	300€	350€	450€
La prise en charge de la monture dans le forfait est limitée à :	100€	100€	100€	100€	100€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale [1]	100% BR	100% BR + 50€	100% BR + 75€	100% BR + 100€	100% BR + 125€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale [1]	-	50€	75€	100€	125€
Chirurgie réfractive de l'œil (forfait annuel par œil)	-	-	150€	200€	300€

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	STARTER	ACTIVE	EXPERT	PREMIUM	ÉLITE
AIDES AUDITIVES					
Equipements 100% Santé - Classe 1 (9)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Equipements hors 100% Santé - Classe 2 - Tarifs libres (9) (10)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PROTHÈSES CAPILLAIRES					
Prothèse capillaire totale classe 2 - Offre 100% santé (10)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Prothèse capillaire totale classe 1, 3 et 4	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
+ MÉDECINES DOUCES					
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens** (1)	1 séance 40€ / an	20 € / séance 4 séances / an	25 € / séance 4 séances / an	30 € / séance 4 séances / an	40 € / séance 4 séances / an
ASSISTANCE ET SERVICES					
Assistance vie quodienne	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Téléconsultation médicale	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Deuxième avis médical	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
FR : Frais réels
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de vente
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

ASSISTANCE ET SERVICES	
MédecinDirect : télémédecine 24h/24 et 7j/7 au **09 74 59 51 10** ou sur **medecindirect.fr** et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples c - Verres complexes f - Verres très complexes b - Verres a & c d - Verres a & f e - Verres c & f	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.
* Voir grille optique ci dessus
** Sur présentation de facture acquittée
Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations. (1) L'annualité pour les garanties mentionnant un *(1)* s'apprécie pour chaque bénéficiaire, et se renouvelle chaque année. (2) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR. (3) Sur prescription médicale. Psychologues adhérents au Dispositif Mon soutien psy. (4) Tels que définis réglementairement, les fauteuils roulants appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. (5) Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. (6) Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins. (7) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé". (8) Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. (9) Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). (10) Tels que définies réglementairement, les prothèses capillaires appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte.

Bulletin de renonciation

BULLETIN DE RENONCIATION

(Utilisable pour les cas précisés à l'article 7.5)

Détachez cette feuille des autres,
Remplissez-la,
Signez-la,
Adressez-la à votre Centre de gestion

Je soussigné(e)

Nom ……

Prénom ……

Adresse complète de l'Adhérent ……
……
……
……

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L 223-8 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au produit ……assuré par la MEP.

dont la date d'effet indiquée au Certificat d'Adhésion est au : ……

et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À…… (lieu),

Le …. / …. / ……

Signature de l'adhérent