

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Malakoff Humanis Mutuelle

Produit : PACK SANTÉ PARTICULIERS



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

PACK SANTÉ PARTICULIERS est un règlement individuel souscrit par une personne physique membre de Malakoff Humanis Mutuelle. Il a pour objet d'assurer, en complément de la Sécurité sociale française, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par le membre participant en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le règlement respecte les conditions légales des contrats responsables, à l'exception de la garantie « HOSPI » dite « non-responsable ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations varie en fonction du niveau, le cas échéant, du ou des choix ECO et/ou Option choisis par le membre participant. Les niveaux proposés par l'assureur sont les suivants : HOSPI, INITIAL, INTERMÉDIAIRE, ÉTENDU, INTÉGRAL. **Le montant des prestations ne peut dépasser les dépenses réellement engagées.** Ces informations figurent dans le tableau des garanties.

Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues dans tous les niveaux.

Hospitalisation

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Honoraires
- ✓ Forfait journalier hospitalier
Chambre particulière de jour / de nuit (par jour / par nuitée)
Lit d'accompagnant (par nuitée)
- ✓ Hospitalisation à domicile (soins et honoraires)

Dentaire

Soins et prothèses dentaires 100 % Santé
Soins dentaires et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale
Soins dentaires, couronnes et implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) non remboursés par la Sécurité sociale

Optique

Équipement 100 % Santé
Verres et Monture, Facturation de l'examen de la vue par l'opticien
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive) (par œil)
Implants multifocaux non remboursés par la Sécurité sociale (par œil)

Aide auditive

Équipement 100 % Santé
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale
Accessoires et fournitures

Soins courants, Maternité, Médecine additionnelle, Prévention

Honoraires médicaux (chez un généraliste ou un spécialiste)
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale
Honoraires paramédicaux
Analyses et examens de laboratoire
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR)
Matériel médical (hors aide auditive/optique/prothèse capillaire/location de courte durée de fauteuil roulant)
Prothèse capillaire
Location de courte durée de fauteuil roulant
Cures thermales (forfait global honoraires, traitement, hébergement, transport)
Ostéopathe, homéopathe, étiope, mésothérapeute, acupuncteur (par séance)
Pédicure-Podologue (par séance), Chiropracteur (par séance)
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, à 30 % et à 15 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale
Allocation maternité et adoption
Fécondation in vitro
Hypnose, sophrologie, réflexologie, shiatsu (par séance)
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
Diététicien
Abonnements annuels aux clubs de sport et licences sportives
Psychologue, psychomotricien, pédopsychiatre (par séance)

Assistance et Avantages

Réseau de soins Kalixia (ostéopathe, aide auditive, optique, dentaire)
✓ Assistance à domicile
Téléconsultation
2^e avis médical
✓ Tiers payant



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins dont les dates sont antérieures à la date de l'adhésion au règlement ;
- ✗ Les soins dont les dates sont postérieures à la date de cessation de l'adhésion au règlement ;
- ✗ Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au bulletin d'adhésion ;
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé ;
- ✗ L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'ARS territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée ;
- ✗ La cigarette électronique ;
- ✗ Tout acte pris en charge par des dotations d'État ;
- ✗ La majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales ;
- ✗ Tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- ✗ Le tourisme médical.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions relatives au contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire de 2 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 4 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 1 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant, refus du patient du transport sanitaire partagé programmé).
- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Dentaire** : Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes pour les paniers dits « 100 % Santé » et « Tarifs maîtrisés / modérés ».
- ! **Aide auditive** : Prise en charge d'un équipement auditif tous les 4 ans suivant la date de facturation. Prise en charge d'un équipement dans la limite des prix limites de vent qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Plafonnement des prestations** pour les frais de santé liés à la chambre particulière, le lit d'accompagnant.
- ! **Plafonnement annuel dentaire** hors soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale et hors soins dentaires et prothèses dentaires « 100 % santé »
- ! **Forfait annuel limité par séance** pour les frais de santé liés à la médecine additionnelle.
- ! **Forfait limité par œil** : opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive), implants multifocaux non remboursés par la Sécurité sociale.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France hexagonale, départements ou régions d'Outre-Mer (DROM), à l'exception de La Réunion.
- ✓ Les actes et soins effectués à l'étranger par le membre participant, sous conditions :
 - d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale
 - d'avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée en cas de déplacement privé



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion au règlement et la déchéance de tous droits aux prestations pour les membres participants.

À l'adhésion au règlement

Compléter et retourner la proposition d'adhésion.

Communiquer les pièces demandées par l'assureur.

En cours d'adhésion au règlement

S'acquitter de la cotisation.

Informier l'assureur en cas de changement de la situation de famille, du régime obligatoire ou d'adresse postale.

Transmettre à l'assureur, le cas échéant, la demande de modification de l'adhésion au règlement dans les conditions prévues par le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation annuelle est payable à terme d'avance, par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement, selon l'échéance choisie par le membre participant sur la proposition d'adhésion.

Elle est exigible dans les quinze premiers jours de chaque échéance de paiement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de l'adhésion au règlement

L'adhésion du membre participant prend effet à la date mentionnée sur la confirmation d'adhésion. Les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'adhésion au règlement. S'agissant des garanties « Hospitalisation » prévues au règlement, le délai de carence est porté à 9 mois pour la maternité.

Renonciation à l'adhésion au règlement

Le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au règlement dans les conditions et selon les modalités définies par les conditions générales valant notice d'information. Le membre participant notifie sa demande par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Durée de l'adhésion au règlement

L'adhésion au règlement est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date indiquée sur la confirmation d'adhésion et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.

Cessation de l'adhésion au règlement

L'adhésion au règlement prend fin pour le membre participant et, le cas échéant, ses ayants droit :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion dans les conditions indiquées ci-dessous et par les conditions générales valant notice d'information ;
- à la date du décès du membre participant.



Comment puis-je dénoncer mon adhésion au contrat ?

Le membre participant peut dénoncer son adhésion :

- 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation sera effective au 31 décembre de la même année ;
- ou après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion sera effective, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'assureur de la notification du membre participant.

Le membre participant peut exercer son droit de résiliation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite au siège social de l'assureur ou chez son représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque l'assureur propose la conclusion de l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur le site internet malakoffhumanis.com

Coordonnées utiles pour dénoncer l'adhésion au contrat :

Malakoff Humanis - Résiliation particulier - 78087 Yvelines cedex

MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Siège social : 21 rue Laffitte – 75009 Paris

N° SIREN 784 718 256

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis

Pack Santé Particuliers

Mon Règlement frais de santé

MHM202101008S-A

Vous trouverez dans ce document
les démarches à suivre pour
le remboursement de vos de soins.



EN PRATIQUE, tout ce qu'il faut savoir sur ma complémentaire santé



Comment en bénéficier au plus vite ?

1

Il vous suffit de dater et signer votre bulletin d'adhésion

2

Et le tour est joué !

Dans la foulée vous recevrez par courrier votre carte de tiers payant accessible également depuis votre Espace Client et votre Appli Malakoff Humanis, pour ne pas avancer les frais chez certains professionnels de santé.



Comment réaliser mes démarches facilement ?

Téléchargez notre appli gratuite Malakoff Humanis
ou connectez-vous à votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com pour transmettre vos devis et vos factures, suivre vos remboursements, voir vos garanties, accéder à votre carte de tiers payant...



Notre
astuce

Pour créer votre Espace Client :

Rendez-vous sur **Espace Client** ; munissez-vous de votre **numéro d'adhérent** indiqué sur votre carte de tiers-payant et laissez-vous guider !

Besoin de nous contacter ?

Retrouvez nos coordonnées
sur votre carte de tiers payant
ou **contactez-nous depuis votre Espace Client.**

Table des matières

INTRODUCTION	5
VOTRE ADHESION	5
FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	8
DEBUT ET FIN DE MES GARANTIES	8
MES COTISATIONS	12
CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE PACK SANTÉ PARTICULIERS	14
NATURE DU REGLEMENT	14
DISPOSITIF « 100 % SANTÉ »	15
CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE MES SOINS	18
SERVICES D'ACCES AUX SOINS ET DE PREVENTION	20
BONUS FIDELITE	21
EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE VOS GARANTIES	22
INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES	24
FAUSSE DECLARATION	24
PERTE DU DROIT A INDEMNISATION (DECHEANCE DES GARANTIES)	24
DELAÏ MAXIMUM DES DEMANDES DES PRESTATIONS (PRESCRIPTION)	24
NOTRE RECOURS CONTRE LE RESPONSABLE DU SINISTRE (SUBROGATION)	25
CONTACT EN CAS DE RECLAMATION / MEDIATION	25
JURIDICTION COMPETENTE EN CAS DE CONFLIT	25
UTILISATION ET PROTECTION DE MES DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES	26
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	27
AUTORITE DE CONTROLE	27
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	28
LEXIQUE	29

Retrouvez les définitions des mots soulignés
dans le lexique à la fin de cette notice



INTRODUCTION



Nous vous remboursons les dépenses prises en charge ou non par la Sécurité sociale comme indiqué au(x) tableau(x) de garanties dans votre bulletin d'adhésion, **dans la limite des frais que vous avez engagés.**

Ces dépenses doivent être liées à une maladie, une maternité ou un accident.

Vous bénéficiez également :

- de garanties d'assistance et de téléconsultation : conditions générales valant notice d'information (RÉF. : 75 49 01) et
- d'un service d'accompagnement « 2^e avis médical » en cas de maladie grave, rare ou invalidante **dans le cadre des garanties responsables** : ce service est détaillé dans votre Espace Client ou sur le site malakoffhumanis.com

Votre adhésion



Quelle est la nature de mon adhésion ?

Vous adhérez à :

- un « contrat responsable » si vous avez choisi l'un des niveaux de garanties suivants :

INITIAL

INTERMÉDIAIRE

ÉTENDU

INTÉGRAL

ou

- un « contrat non responsable » si vous avez choisi le niveau de garanties :

HOSPI



Quelles sont les conditions pour adhérer à Pack Santé Particuliers ?

VOUS

Pour adhérer au règlement, vous devez :

- être une personne physique et ne pas avoir le statut de travailleur non salarié (TNS)
- être affilié au régime de Sécurité sociale
- avoir 18 ans et plus (ou 16 ans et plus pour les mineurs émancipés)
- avoir votre résidence principale en France hexagonale (y compris les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)), **à l'exception de La Réunion**

et

- payer la cotisation,

sauf en cas de souscription au seul bénéfice de mineurs non émancipés ne pouvant pas être affiliés au contrat collectif à adhésion obligatoire dont bénéficie leur représentant légal, et si ce contrat est assuré par une entité du groupe Malakoff Humanis



Comment choisir mes garanties ?

CHOIX DU NIVEAU

Lors de votre adhésion, vous devez choisir l'un des 5 **niveaux** suivants :

HOSPI

ou

INITIAL

ou

INTERMÉDIAIRE

ou

ÉTENDU

ou

INTÉGRAL

CHOIX DE L'ECO

Vous pouvez également opter pour un ou deux **Eco** pour réduire le montant de votre cotisation en diminuant ou supprimant le remboursement de certaines lignes de prestations, parmi ces 3 choix :

Soins courants et
Aides auditives

Optique

Dentaire

Vous ne pouvez pas souscrire d'Eco si vous avez choisi le niveau « HOSPI » ou « INITIAL ».

CHOIX DE L'OPTION

Enfin, vous pouvez améliorer le remboursement de prestations ciblées en souscrivant l'une des deux **options** suivantes :

Bien-être

ou

Confort

Vous ne pouvez pas souscrire d'Option si vous avez choisi le niveau « HOSPI » ou « INITIAL ».

Le choix du Niveau ainsi que des éventuels Eco et Option s'applique également aux membres de votre famille.



Quelles sont les pièces nécessaires à mon adhésion ?

Vous devez fournir les **pièces suivantes** :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vous	<ul style="list-style-type: none">une copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations santé (NB. un seul RIB par famille)si vous payez vous-même les cotisations et que vous avez opté pour le prélèvement bancaire : un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.Si une autre personne paie les cotisations : un mandat de paiement des cotisations rempli et signé par ses soins ET une copie de sa pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)
Vous et les <u>membres de votre famille</u>	<ul style="list-style-type: none">l'attestation de droits à la <u>Sécurité sociale</u> pour vous et chaque <u>membre de votre famille</u>

Nous nous réservons le droit de vous demander toutes autres pièces complémentaires nécessaires pour l'adhésion ou le renouvellement des garanties.

Vous devez fournir chaque année les **pièces suivantes**, pour le renouvellement des garanties de vos enfants de 18 ans et plus :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vos enfants de 18 ans et plus à charge	Une copie : <ul style="list-style-type: none">▪ du certificat de scolarité de l'année en cours▪ du contrat d'apprentissage ou d'alternance▪ de l'attestation d'inscription à France Travail▪ de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé



Que dois-je faire pour finaliser mon adhésion ?

Votre adhésion est finalisée lorsque vous :

- signez votre bulletin d'adhésion (électroniquement ou non selon votre choix)
- et
- recevez la confirmation d'adhésion

L'accomplissement des formalités mentionnées au paragraphe « Quelles sont les pièces nécessaires à mon adhésion ? » est nécessaire pour que vos garanties débutent.

Si ces formalités sont incomplètes, l'adhésion sera valable uniquement après notre acceptation.



Quels sont les documents relatifs à mon adhésion ?

Votre adhésion se compose des 3 documents suivants :

- le présent règlement, complété d'une annexe relative à la communication des frais de gestion et du taux de redistribution
- le bulletin d'adhésion qui indique notamment :
 - votre identité et celle des membres de votre famille
 - la nature de votre adhésion
 - vos garanties
 - la cotisation qui correspond au niveau de vos garanties et au nombre de personnes assurées
- la confirmation d'adhésion qui mentionne notamment la date à laquelle débute votre adhésion

Elle est susceptible d'être complétée par des avenants (changement de garanties, modification des membres de votre famille, etc.) qui indiquent les dates où les modifications interviennent.

En cas de contradiction entre le bulletin d'adhésion et la confirmation d'adhésion, les dispositions de la confirmation d'adhésion s'appliquent.



Quand débute mon adhésion ?

Votre adhésion débute à la date mentionnée sur la confirmation d'adhésion.

Votre adhésion est valable jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis elle se renouvelle automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée de 12 mois.



Quand prend fin mon adhésion ?

Votre adhésion prend fin :

- à la date à laquelle vous résiliez votre adhésion
- en cas de non-paiement d'une cotisation
- à la date de votre décès

FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

Début et fin de mes garanties



Quand débutent mes garanties ?

VOUS

- à compter de votre adhésion au règlement, vos garanties commencent après un délai d'attente* de :
 - 3 mois
 - ou
 - 9 mois pour la maternité (garanties « Hospitalisation »)

VOTRE FAMILLE

- les garanties commencent à la même date que les vôtres
- ou
- lorsque vous ajoutez un membre de votre famille, après un délai d'attente** de :
 - 3 mois
 - ou
 - 9 mois pour la maternité (garanties « Hospitalisation »)

* Ce délai d'attente ne vous est pas appliqué :

- en cas d'accident
- pour le remboursement du ticket modérateur des dépenses prises en charge par le régime obligatoire, pour le 100% Santé, pour le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers
- si vous avez bénéficié, au cours des 3 mois qui ont précédé votre adhésion :
 - de garanties frais de santé souscrites auprès d'une entité du groupe Malakoff Humanis
 - de garanties de même niveau ou d'un niveau supérieur auprès d'un autre assureur. Vous devez alors nous fournir un certificat de radiation de votre ancien contrat ainsi que le détail de vos anciennes garanties

** Ce délai d'attente ne s'applique pas aux membres de votre famille :

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant si vous nous adressez la demande d'adhésion dans le mois qui suit la date de l'événement (naissance ou arrivée de l'enfant adopté au foyer)



Comment puis-je changer mes garanties ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier vos garanties en fonction de vos besoins et ceux de votre famille pendant la durée de votre adhésion au contrat.

Situations concernées	Délai pour formuler la demande	Nature de la modification	Formalisation de la modification	Début de la modification
<ul style="list-style-type: none">Mariage, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), conclusion ou dissolution d'un PACS, concubinage ou séparation des concubins, naissance ou adoption d'un <u>enfant à charge</u>, décès d'un <u>ayant droit</u>Chômage, passage à la retraite	30 jours après la date de l'événement	Passage du niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) vers le niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>)	Nouveau bulletin d'adhésion	Au plus tôt, dans les 3 jours qui suivent la date du changement de situation
		Passage du niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) vers le niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>)		
		Modification vers une couverture inférieure : niveau de garanties inférieur, souscription d'1 ou de 2 Eco, résiliation d'1 Option	Avenant	A la date de l'événement , en cas de naissance ou d'adoption d'un <u>enfant à charge</u>
		Modification vers une couverture supérieure : niveau de garanties supérieur, résiliation ou modification d'1 ou de 2 Eco, souscription d'1 Option, souscription d'1 ou de 2 Eco simultanément à l'1 des Options		

Situations concernées	Délai pour formuler la demande	Nature de la modification	Formalisation de la modification	Début de la modification
<ul style="list-style-type: none"> Tout autre motif en l'absence de changement dans votre situation familiale et/ou professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Au plus tôt, 12 mois après la date de votre <u>adhésion</u> Tout nouveau changement de vos garanties peut être demandé après 12 mois d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> Passage du niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) vers le niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> Nouveau bulletin d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> 30 jours après la signature du nouveau bulletin d'adhésion
		<ul style="list-style-type: none"> Passage du niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) vers le niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) 		<ul style="list-style-type: none"> 3 mois après la signature du nouveau bulletin d'adhésion
		<ul style="list-style-type: none"> Modification vers une couverture inférieure : niveau de garanties inférieur, souscription d'1 ou de 2 Eco, résiliation d'1 Option 	<ul style="list-style-type: none"> Avenant 	<ul style="list-style-type: none"> 30 jours après la signature de l'avenant
		<ul style="list-style-type: none"> Modification vers une couverture supérieure : niveau de garanties supérieur, résiliation ou modification d'1 ou de 2 Eco, souscription d'1 Option, souscription d'1 ou de 2 Eco simultanément à l'1 des Options 		<ul style="list-style-type: none"> 3 mois après la signature de l'avenant



Comment puis-je modifier les bénéficiaires ?

En cours d'adhésion, vous avez la possibilité d'ajouter ou de radier un membre de votre famille afin de tenir compte de l'évolution de votre situation familiale :

- mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge
- décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un PACS, séparation des concubins.

Vous devez nous informer de ce changement et nous communiquer les pièces justificatives dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement.

Cette modification intervient au **1^{er} jour du mois** qui suit la réception de votre demande ou à la **date de l'événement** en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant à charge.

Vous recevrez en retour un avenant à votre adhésion tenant compte de votre nouvelle situation.



Comment puis-je modifier mon régime obligatoire et/ou mon adresse ?

En cours d'adhésion, vous devez nous informer de tout changement de votre régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle) et/ou de votre domiciliation en nous communiquant les pièces justificatives dans les **30 jours** qui suivent la date de l'événement.

Cette modification intervient au **1^{er} jour du mois** qui suit la réception de votre demande.

Votre cotisation peut évoluer.

Vous recevrez alors un avenant à votre adhésion qui mentionne le nouveau montant de votre cotisation.



Comment renoncer à mon adhésion dans le délai de 30 jours ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion **dans les 30 jours** calendaires révolus qui suivent le début de celle-ci



Ce délai expire le dernier jour à 24 heures (minuit). Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prolongé.

Vous pouvez exercer votre droit de renonciation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

La renonciation entraîne le remboursement intégral de votre cotisation versée, **dans les 30 jours** qui suivent la date de réception de votre demande. Si vous avez reçu des prestations, vous devez nous les rembourser en totalité avant toute restitution de notre part.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné.e (nom, prénom(s)), qui demeure (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion au règlement PACK SANTÉ PARTICULIERS, n°....., qui a débuté le

Fait à, le

Signature »



Comment résilier mon adhésion après le délai de 30 jours ?

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion ainsi que celle de toute votre famille :



- **au plus tard le 31 octobre de la 1^{re} année** de votre adhésion (elle prend fin au 31 décembre minuit)
- **à tout moment, à compter de 12 mois d'adhésion** (elle prend fin 1 mois après la réception de votre demande)
- en cas d'affiliation à un contrat collectif obligatoire (elle prend fin 1 mois après notre réception de votre justificatif d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire)
- en cas d'évolution de votre cotisation lorsque vous changez de régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle) ou lorsque vous déménagez dans un autre département (résidence principale uniquement) (elle prend fin 1 mois après la réception de votre demande)

Vous pouvez exercer votre droit de résiliation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

Nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de résiliation.

Si vous mettez fin à votre adhésion, vous devez payer la cotisation pour la période où vous bénéficiez des garanties. Cette période est calculée à partir du début de votre adhésion jusqu'à la date de fin de celle-ci (date de votre résiliation).

Si vous avez payé une partie de votre cotisation à l'avance, nous vous la rembourserons.

Dans le cas où vous souhaiteriez résilier votre adhésion pour adhérer auprès d'un nouvel assureur, celui-ci peut effectuer les formalités de la résiliation pour votre compte dans le cadre de la résiliation à tout moment (ou résiliation infra-annuelle). Le nouvel assureur devra s'assurer à ce qu'il n'y ait pas d'interruption de vos garanties durant cette procédure.



Quand prennent fin mes garanties ?

VOUS

Vous ne bénéficiez plus de vos garanties à la date à laquelle cesse votre adhésion comme indiqué au paragraphe « Quand prend fin mon adhésion ? »

VOTRE FAMILLE

Les membres de votre famille ne bénéficient plus des garanties :

- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de vos garanties
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux définitions des personnes bénéficiaires des garanties
- à la date à laquelle vous ne souhaitez plus les faire bénéficier des garanties. La demande doit nous parvenir au moins un mois avant la date de fin souhaitée.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER L'ADHÉSION DE MON CONJOINT ?

Vous pouvez mettre fin aux garanties dont bénéficie votre conjoint en exerçant votre droit :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

Mes cotisations



Comment est calculée ma cotisation ?

Votre cotisation annuelle est exprimée en euros.

Son montant est indiqué sur votre bulletin d'adhésion.

Elle dépend des éléments suivants :

- les garanties que vous avez choisies
- le nombre de personnes qui bénéficient des garanties (vous et le cas échéant les membres de votre famille)
- le régime de Sécurité sociale applicable (régime général ou régime Alsace-Moselle)
- l'âge des personnes qui bénéficient des garanties
- le département de votre résidence principale

et

- des dispositions législatives et réglementaires existantes



Qui est inclus dans ma cotisation ?

Bénéficiaires	Cotisation à payer en fonction de votre choix
Assuré / Conjoint / Enfant(s)	<ul style="list-style-type: none">▪ vous▪ vous + votre <u>conjoint</u>▪ vous + votre(vos) <u>enfant(s) à charge</u>▪ vous + votre <u>conjoint</u> + votre(vos) <u>enfant(s) à charge</u>



Quand et comment évolue mes garanties et/ou ma cotisation ?

Votre cotisation est modifiée **automatiquement** le 1^{er} janvier de chaque année en fonction :

- de l'âge des personnes assurées (l'âge des personnes assurées est calculé par différence entre l'année de naissance et l'année civile en cours)
- et
- du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé

Vos garanties et/ou vos cotisations sont susceptibles d'évoluer dans les cas suivants :

- en cours d'année en cas d'évolutions législatives, réglementaires et/ou de l'intervention de la Sécurité sociale. Jusqu'à la date de début mentionnée sur l'avenant, les anciennes dispositions continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate
- à la date de commencement retenue par les Pouvoirs Publics en cas d'instauration ou de modification de taxes, contributions ou charges de toute nature assises sur les cotisations
- à chaque 1^{er} janvier en cas d'évolution des résultats techniques pour l'ensemble des personnes assurées qui relève d'une même catégorie tarifaire du produit Pack Santé Particuliers

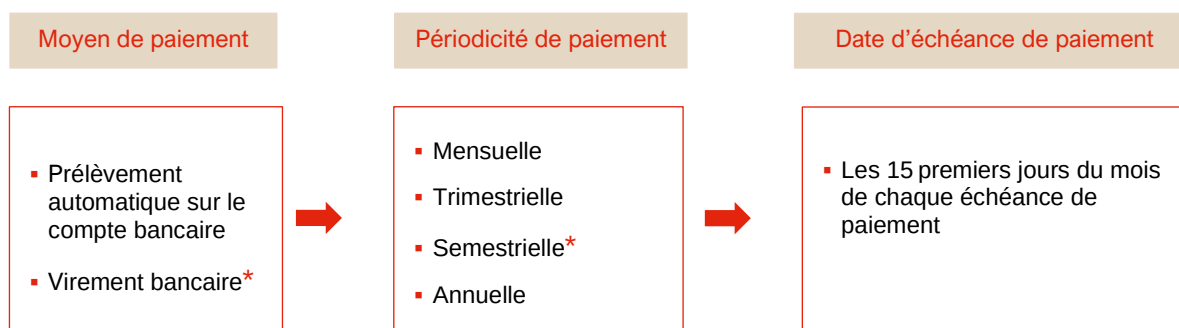
- au 1^{er} jour du mois qui suit la date de notre prise de connaissance :
 - du changement de département de votre résidence principale
 - du changement de régime de Sécurité sociale
 - de votre demande de modification de vos garanties, **sauf en cas de modification en raison d'une naissance ou d'une adoption (à la date de l'événement)**
 - de votre demande d'ajout d'un membre de votre famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage) ou de radiation d'un membre de votre famille (décès d'un ayant droit, séparation de corps amiable ou judiciaire, dissolution d'un PACS, séparation des concubins)



Comment payer ma cotisation ?

Les informations relatives à votre cotisation annuelle sont indiquées sur votre bulletin d'adhésion et le calendrier de paiement de vos cotisations.

Votre cotisation est payable d'avance à la date de son échéance en fonction de votre choix indiqué sur votre bulletin d'adhésion.



*pour le virement bancaire, la périodicité est uniquement semestrielle.



Que se passe-t-il en cas de non-paiement de ma cotisation ?

Nous vous enverrons une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception si la cotisation n'est pas payée dans les **10 jours** qui suivent la date d'échéance.



Vos garanties et celles de votre famille non résiliées reprennent à 12h le lendemain du jour où ont été payées les cotisations impayées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Si la cotisation reste impayée, vos garanties et celles de votre famille sont suspendues après un délai de 30 jours à partir de la mise en demeure mentionnée ci-dessus. Les garanties prennent fin **10 jours** plus tard soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure ci-dessus.



Dans tous les cas, les cotisations qui correspondent à la durée de votre adhésion doivent nous être payées.

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE PACK SANTÉ PARTICULIERS

Nature du règlement

I. Le règlement avec les niveaux de garanties :

INITIAL

INTERMÉDIAIRE

ÉTENDU

INTEGRAL

est « **solidaire** », le montant de ses cotisations ne dépend pas de votre état de santé.

Il est aussi « **responsable** » car il répond aux conditions suivantes :

Il prend en charge les niveaux minimums de remboursements ci-après :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, **sauf pour** :
 - **les frais de cure thermique**
 - **les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou 30%**
 - **les spécialités et les préparations homéopathiques**Nous prenons en charge l'intégralité du ticket modérateur au cours du délai d'attente de 3 ou 9 mois mentionné au paragraphe « Quand débutent mes garanties ? »
- la participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds et coûteux
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique
- les prestations prévues dans le cadre du « 100 % Santé », y compris au cours du délai d'attente
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, y compris au cours du délai d'attente
- le « forfait patient urgences » pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé ne nécessitant pas d'hospitalisation

Le règlement peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Dans ce cas :

- **le remboursement est minoré de 20 % de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**
- et
- **le remboursement est limité à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale y compris le remboursement de la Sécurité sociale**

Il ne prend pas en charge le remboursement des actes et soins mentionnés au paragraphe « Qu'est-ce que nous ne prenons pas en charge ? ».

II. Le règlement avec le niveau de garanties :

HOSPI

est « **solidaire** » et « **non responsable** ».

Il va au-delà des limitations fixées par le contrat responsable.

Dispositif « 100 % Santé »

Le règlement avec des garanties responsables inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».

Vous accédez à une sélection de **lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans aucun reste à charge (pour le panier «100% santé » uniquement).**



Optique

L'équipement optique est composé de **2 verres** et d'**1 monture**.

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe A ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe B »), vous êtes libre dans le choix de l'équipement : il vous est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le(s) tableau(x) de garanties

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit 2 verres de « classe A » et 1 monture de « classe B »
- soit 2 verres de « classe B » et 1 monture de « classe A »



- Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique (verres et monture)**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».
- Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits** pour chaque composante.

Les verres plans ne sont pas remboursés, sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).



DÉFINITIONS DES VERRES :

Cylindre Sphère	VERRES UNIFOCALUX					VERRES MULTIFOCALUX/PROGRESSIFS			
	0 dioptrie	]0 à 2] dioptries	]2 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +	0 dioptrie	]0 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +
]12 dioptries et -									
]12 à -8] dioptries									
]8 à -6] dioptries									
]6 à -4] dioptries									
]4 à -2] dioptries									
]2 à 0] dioptries									
]0 à 2] dioptries									
]2 à 4] dioptries									
]4 à 6] dioptries									
]6 à 8] dioptries									
]8 à 12] dioptries									
]12 dioptries et +									

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement de l'équipement est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 ans qui suivent la dernière facturation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 an qui suit la dernière facturation ▪ 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + 1 monture) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ▪ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ▪ somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ▪ soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aucun délai de renouvellement des verres 	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière 	



Dentaire

3 CATÉGORIES DE PROTHÈSES :

- des **prothèses « 100 % Santé »** sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des « honoraires limites de facturation » qui s'imposent aux dentistes
- des prothèses à tarifs **maîtrisés / modérés** : elles vous sont remboursées dans la limite des « honoraires limites de facturation » et des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties
- des prothèses **à tarifs libres** : vous êtes libre dans le choix des techniques et matériaux. Elles vous sont remboursées dans la limite des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties



Aide auditive

2 CATÉGORIES D'ÉQUIPEMENT :

- un **équipement « 100 % Santé »** (« classe I ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe II ») : vous êtes libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées au(x) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable
Ce plafond :
 - inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale
 - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires)

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement d'1 appareil auditif par oreille est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Le renouvellement est possible **tous les 4 ans**.

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.
Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.



Conditions de prise en charge de mes soins

Le montant des remboursements est mentionné au(x) « tableau(x) de garanties ».

Pour le calcul des remboursements, nous prenons en compte les **garanties dont vous bénéficiez au moment des soins défini comme étant** :

- pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date de vos soins retenue par la Sécurité sociale
- pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date de facturation de vos soins

Nous vous réclamerons toute somme versée à tort.

Vos demandes de remboursements doivent nous être adressées **dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de réalisation des soins.**



Pour les garanties exprimées en forfait annuel, vous ne pouvez pas être remboursé **au-delà de ce que vous avez dépensé. Vous ne pouvez pas reporter ou cumuler votre forfait d'une année civile à l'autre.**



Quelles sont les pièces nécessaires pour être remboursé ?

Le délai de remboursement des prestations débute à réception de l'ensemble des pièces justificatives. Nous pouvons vous demander des documents supplémentaires avant ou après avoir effectué le remboursement de vos soins.

Ce remboursement peut nécessiter la fourniture des pièces justificatives suivantes :

Justificatif à fournir à notre demande en cas de liaison NOEMIE	Hospitalisation	Dentaire	Optique	Appareil auditif	Cure thermique	Maternité	Adoption
Devis détaillé et accepté	✓	✓	✓	✓			
Facture détaillée (le cas échéant codification et montants réglés, frais de transport et hébergement) et acquittée	✓	✓	✓	✓	✓		
Ordonnance médicale			✓	✓			
Bilan visuel			✓				
Certificat d'authenticité			✓	✓			
Justificatif chambre particulière	✓						
Photocopie du livret de famille ou de l'acte de naissance						✓	
Copie du jugement d'adoption plénière							✓

Justificatif à fournir en cas de traitement hors NOEMIE	Consultations et soins remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>	Consultations et soins non remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>	Automédication et pharmacie non remboursée par la <u>Sécurité sociale</u> (sans ordonnance médicale)	Pharmacie prescrite et non remboursée par la <u>Sécurité sociale</u> ²
Décompte original de la <u>Sécurité sociale</u> complété des pièces citées ci-dessus	✓			
Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'État ¹ dans sa spécialité et mentionnant le numéro RPPS ³ et/ou précisant le nom du produit		✓	✓	✓
Ordonnance médicale				✓

1 – Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe, un diététicien ou un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.)

Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire

2 - Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

3 - RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé



Que se passe-t-il en cas de contrats multiples souscrits auprès de plusieurs assureurs ?

Si vous bénéficiez de contrats auprès d'un ou de plusieurs autres assureurs, vous ne pouvez pas être remboursé **au-delà de ce que vous avez dépensé**, que ce soit par les assureurs et la Sécurité sociale.



Comment se passe un contrôle médical ?

Nous pouvons procéder à un contrôle médical avant ou après le remboursement des prestations.

Nous choisissons le professionnel de santé qui s'en occupera et nous payons les frais.

Si vous le souhaitez, vous et les membres de votre famille avez la possibilité de vous faire assister par le médecin de votre choix ou de partager les conclusions de votre médecin traitant. Si vous ne voulez pas passer le contrôle, nous ne pourrions pas vous rembourser les frais engagés. Vous devrez nous rembourser les sommes que vous avez perçues par erreur.

Si les résultats du contrôle ne vous conviennent pas, vous ou votre famille pouvez envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à notre médecin-conseil ou dentiste consultant **dans les 30 jours qui suivent la notification**. Vous devez envoyer une lettre expliquant pourquoi vous n'êtes pas d'accord et joindre les documents médicaux pour appuyer votre point de vue.

Si nous ne trouvons pas de solution ensemble, nous pouvons faire appel à un 3^e médecin pour prendre une décision. Il sera désigné par votre médecin et le nôtre. Si nous ne trouvons pas d'accord pour le choix de ce médecin, vous et/ou nous pourrions demander au président du tribunal de votre domicile de le désigner.

Chacun paie les honoraires de son médecin et nous partagerons les frais du 3^e médecin.

À l'issue des conclusions :

- nous déciderons si nous vous remboursons ou non les prestations contestées
- ou
- nous vous réclamerons les sommes que vous avez perçues par erreur

Services d'accès aux soins et de prévention

Les services d'accès aux soins vous aident vous et votre famille à trouver facilement un professionnel de santé ou un établissement de soins.

Ils vous permettent de limiter votre reste à charge grâce à des accords tarifaires avantageux.

Les services de prévention vous permettent une meilleure prise en charge de votre santé, grâce à des conseils de santé personnalisés et des actions qui vous aident à mieux connaître vos risques et à les prévenir.

Ces services comprennent également des aides en cas de maladie pour mieux vous accompagner.

L'ensemble de ces services est détaillé dans votre Espace Client ou sur le site malakoffhumanis.com.



Qu'est-ce que le service « Devis immédiats » ?

Nous pouvons vous éclairer dans vos choix d'équipements ou de soins et vous aider à diminuer votre reste à charge grâce à des devis immédiats en optique, aide auditive, dentaire et hospitalisation.

Sur présentation de votre carte de tiers payant, votre calcul de remboursement et de reste à charge **vous sera envoyé automatiquement**.

Vous recevez instantanément sur votre téléphone un SMS qui vous informe de votre reste à charge et un e-mail qui contient les montants détaillés avec des conseils.



Qu'est-ce que le réseau de professionnels de santé ?

Notre réseau Kalixia travaille avec des opticiens, des centres d'audioprothésistes, des chirurgiens-dentistes et des ostéopathes pour vous aider à réduire votre reste à charge.

Vous pouvez utiliser Kalixiahospit pour trouver l'hôpital qui convient le mieux à vos besoins. Nous vous suggérons des établissements hospitaliers performants, qui offrent une qualité de prise en charge élevée dans certaines spécialités chirurgicales.

Vous pouvez retrouver le partenaire le plus proche dans votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com.



Qu'est-ce que le service « Tableau de bord santé » ?

Nous vous proposons un service innovant pour piloter votre budget santé et optimiser vos dépenses de soins.

Vous disposez d'un service complet d'analyse de vos dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à votre charge et vous orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

- **l'historique des remboursements :**
Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et nous-même et le reste à charge éventuel.
- **l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois :**
Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.
- **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures en utilisant les services d'orientation selon vos besoins :**
Réseaux de soins, Devis immédiats, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.

- **un mémo de prévention santé, personnalisé :**

Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

Ce service est détaillé dans votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com.



Comment bénéficier d'une dispense d'avance de frais (tiers payant) ?

Le contrat responsable vous permet ainsi qu'à votre famille de bénéficier d'une dispense d'avance de frais (tiers payant). Ce système nécessite au préalable l'acceptation de la télétransmission (NOEMIE) par votre organisme d'Assurance Maladie.

Le tiers payant s'applique intégralement :

- sur les paniers de soins optique, dentaire, et aides auditives sans reste à charge
- et
- sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale :
 - s'ils sont partenaires de notre opérateur de tiers payant
 - et que l'ensemble des pièces justificatives que nous demandons sont fournies

Si le tiers payant n'est pas possible, vous devrez avancer une partie des frais.

Ensuite, envoyez-nous votre demande avec les justificatifs pour être remboursé conformément aux garanties de votre règlement.

Bonus fidélité

Le règlement avec des garanties responsables permet le versement de prestations forfaitaires supplémentaires afin de récompenser votre fidélité. Ces forfaits s'appliquent sur les garanties optique, dentaire et aide auditive remboursées par la Sécurité sociale.

Si le niveau que vous avez choisi le prévoit, nous prenons en charge des forfaits annuels supplémentaires pour l'optique, le dentaire et l'aide auditive à compter de la 3^e année qui suit la date de votre adhésion. Vous bénéficiez à nouveau de forfaits annuels supplémentaires à compter de la 5^e année qui suit la date de votre adhésion.

Ces forfaits s'appliquent également aux membres de votre famille.

Ils s'appliquent en cas de reste à charge dans les limites mentionnées dans le tableau de garanties (« votre fidélité récompensée ») et le respect des plafonds prévus par le contrat responsable.

Les forfaits supplémentaires que nous vous remboursons au cours des 3^e et 4^e années suivant votre adhésion ne peuvent se cumuler avec les forfaits remboursés à compter de la 5^e année.

Si vous choisissez de modifier vos garanties vers un niveau de couverture inférieur, vous bénéficiez du bonus fidélité prévu par votre nouveau niveau de garanties en fonction de votre ancienneté au règlement.

Exclusions et limitations de vos garanties



Qu'est-ce que nous ne prenons pas en charge ?

Nous ne prenons pas en charge :

- les limitations fixées par le contrat responsable : la participation forfaitaire, les franchises médicales, la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques qui s'applique hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires sur les consultations et actes techniques pratiqués par des médecins spécialistes en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, et en cas de refus du patient du transport sanitaire partagé programmé
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties
- les soins effectués avant la date de début de votre adhésion et de celle de votre famille
- les soins effectués après la date de cessation de vos garanties et de celle de votre famille
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé
- les transports sanitaires assurés par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)
- le forfait journalier hospitalier pour les établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (maisons d'accueil spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée, etc.)
- pour les chambres particulières :
 - les appartements privés
 - les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale
 - les frais de :
 - téléphone
 - télévision
 - internet
 - blanchissage
 - ainsi que les repas et/ou boissons exigés sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants
- pour la parodontologie les actes non codés à la nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dentaire.
Les mentions NPC « non pris en charge », NR « non remboursé » et HN « hors nomenclature » ne sont pas des codes CCAM
- tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'agence régionale de santé (ARS) et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée)
- la majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales
- pour la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, les produits dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est de 20 % (produits dits "de confort")
- la cigarette électronique



Comment les soins à l'étranger me sont-ils remboursés ?

Les actes et soins à l'étranger peuvent être remboursés à condition de respecter les 2 conditions cumulatives suivantes :



- faire auparavant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale
- avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée en cas de déplacement privé

Vous êtes remboursé :

- en euros, dans la limite de vos garanties
- sur la base de la codification des actes médicaux de la Sécurité sociale
- dans les mêmes conditions que pour le remboursement des actes et soins pratiqués en France par des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- les remboursements sont plafonnés à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins de même nature dans la limite des garanties



Comment la chambre particulière m'est-elle remboursée ?

La chambre particulière est prise en charge, dans la limite d'un **forfait** précisé au(x) tableau(x) des garanties, à conditions :

- d'être clairement demandée par vous ou un membre de votre famille
- d'avoir son tarif publiquement affiché
- de faire **l'objet d'une facturation qui détaille les services fournis par l'établissement hospitalier**



Comment la pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale qui correspond :

- aux produits pharmaceutiques réglementés
- aux allergènes préparés spécialement pour un individu (APSI) réglementés
- aux compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%



Comment l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement **les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'État référencé auprès des autorités compétentes.**



Comment la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement **les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale valable à la date des soins qui font l'objet d'une demande de remboursement.**

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Fausse déclaration

Vos déclarations nous servent de base à l'application des garanties.

INTENTIONNELLE :

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées nous restent acquises.

NON INTENTIONNELLE :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, nous pouvons :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou mettre fin à votre adhésion
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si nous avions eu en notre possession la déclaration exacte et complète

Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)

Vous ou votre famille êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné ou à l'occasion d'un sinistre :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre qui porte sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences de celui-ci
- si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations

Vous vous exposez également dans certains cas à des poursuites pénales.

Délai maximum des demandes des prestations (prescription)

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru de votre part, que du jour où nous en avons eu connaissance
- en cas de réalisation du risque, que du jour où nous en avons eu connaissance, si nous prouvons que nous l'avons ignoré jusque-là

Lorsque vous ou votre famille intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre ou à l'encontre de votre famille ou a été indemnisé par vous ou votre famille.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil) que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice, même en référé
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception que nous vous adressons pour le paiement de la cotisation
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un recommandé électronique, que vous ou votre famille nous adressez pour le règlement des prestations

Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation)

Lorsque vous ou votre famille êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son propre assureur.

Lors de votre demande de prestation, lorsque le dommage est causé par un tiers responsable, vous ou votre famille devez nous en informer.

Contact en cas de réclamation / médiation

En cas de difficultés dans l'application du règlement, vous et/ou votre famille pouvez contacter votre conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit à :

- reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
 - à l'adresse Service Réclamations Particuliers Assurance - 78087 Yvelines Cedex 9
- ou
- sur votre Espace Client

Le service réclamation accusera réception de votre demande **dans les 10 jours** ouvrables qui suivent la date d'envoi de votre réclamation écrite (sauf si une réponse est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse **dans un délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1^{ère} réclamation écrite.



Lorsqu'aucune solution à votre réclamation n'a pu être trouvée, ou lorsque nous n'avons pas répondu **dans le délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1^{ère} réclamation écrite, vous et/ou votre famille pouvez vous adresser au médiateur de la mutualité française, à l'adresse suivante :

- Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15
- ou
- par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

dans un délai maximal de 1 an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à notre attention et sans préjudice du droit d'agir en justice.



Juridiction compétente en cas de conflit

À défaut de règlement amiable, toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du règlement sera portée devant le tribunal français compétent.

Utilisation et protection de mes données personnelles collectées

Conformément à la réglementation en matière de données à caractère personnel (en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »)) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous et votre famille êtes informés que nous traitons, en qualité de responsable de traitement, vos données personnelles identifiées et décrites ci-après :

Détails de vos données	Finalités de vos données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, nous nous engageons à ne pas exploiter vos données et celles de votre <u>famille</u> dans un autre but que les finalités citées ci-dessous	Catégorie de destinataires de vos données	Durée de conservation de vos données
<ul style="list-style-type: none"> données d'identification données relatives à votre situation familiale, à votre vie personnelle, votre santé données économique, patrimoniale et financière, professionnelle données relatives à l'appréciation du risque 	<ul style="list-style-type: none"> la souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous et votre famille exprimez la gestion de vos avis et de ceux de votre famille sur les produits, services ou contenus que nous et nos partenaires proposons l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de votre non-réidentification l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à votre inscription sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des <u>sinistres</u> déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) nous pouvons utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour nous aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine la proposition qui vous est faite à vous et votre famille d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans votre <u>adhésion</u>, opérés par nous ou nos partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination et celle de votre <u>famille</u> 	<ul style="list-style-type: none"> nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données les sous-traitants éventuels les délégataires de gestion les intermédiaires d'assurance les réassureurs et coassureurs les organismes professionnels habilités les partenaires les sociétés extérieures 	<p>Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> des finalités pour lesquelles les données sont collectées de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat de nos obligations légales des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
<ul style="list-style-type: none"> données relatives à votre santé : le Numéro de <u>Sécurité sociale</u> (le « NIR ») et celui des membres de votre <u>famille</u> 	<ul style="list-style-type: none"> la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> notre service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical les acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 	

Nous nous engageons à ce que vos données personnelles et celles de votre famille ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vous avez la possibilité de donner votre consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels vous souhaitez être sollicité.e (SMS, mail, téléphone, courrier) en vous rendant sur votre Espace Client.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, votre consentement explicite et spécifique et celui de votre famille est recueilli pour permettre le traitement de vos données personnelles de santé.

À ce titre, les données personnelles relatives à votre santé et celles de votre famille sont traitées dans des conditions :

- qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles de votre famille
- et
- qui permettent de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et de vous informer dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour vos droits et libertés.

Si vos données personnelles et celles de votre famille venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, nous nous assurerons que ce tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Vous et votre famille disposez de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de vos données) que vous pouvez exercer :

- via notre site internet dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com
- ou
- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

Vous et votre famille pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL, et vous opposer au démarchage téléphonique et suivre les démarches distinctes indiquées dans notre Politique de protection des données à caractère personnel sur notre site : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees> ou sur demande à l'adresse par courrier postal à Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Nous sommes tenus de respecter la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Nous avons des obligations d'identification, de connaissance vous concernant et de vigilance pendant toute la durée de l'adhésion.

Pour ces raisons, nous pouvons être amenés à recueillir des informations afin de vérifier votre identité ou celle des membres de votre famille et de justifier des opérations réalisées.

Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

Informations complémentaires

Adhésion à distance

Lorsque votre adhésion est conclue de façon dématérialisée, vous devez nous communiquer :

- un mail
- un numéro de téléphone portable

Loi et langue utilisée

Nous utilisons la langue française pendant toute la durée de votre adhésion. Nous appliquons la loi française notamment pour l'interprétation et l'exécution de ce règlement.

Communication dématérialisée

Nous communiquons avec vous de façon dématérialisée via votre Espace Client ou par mail pour la gestion de ce règlement ou de votre adhésion.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant votre choix sur votre Espace Client ou en nous contactant directement.

La demande peut être adressée :

- par courrier à : Malakoff Humanis - Gestion Assurance - 78087 Yvelines Cedex 9
- sur votre Espace Client

Fonds de garantie

Nous adhérons au fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles ou des unions.

Ce fonds est destiné à préserver vos droits et ceux des membres de votre famille.



VOUS ET VOS INTERLOCUTEURS :

Vous (le membre participant) : la personne physique qui adhère au règlement et bénéficie des garanties.

Votre famille / les membres de votre famille (ayants droit) : les autres personnes dont vous avez demandé l'adhésion et qui bénéficient des garanties :

▪ **conjoint.e :**

- votre époux.se non-séparé.e de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé.e
- votre partenaire lié.e par un pacte civil de solidarité (PACS)
- votre concubin.e qui vit en couple, de manière stable et continue avec vous, sous réserve que vous soyez tous les deux libres de tout engagement (mariage ou PACS)

▪ **enfants à charge :**

vos enfants ou ceux de votre conjoint.e qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de **moins de 21 ans**
- bénéficier d'un régime de Sécurité sociale
- être fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application de votre quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global

Cette limite d'âge est portée à **28 ans** pour ceux qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- poursuivre leurs études et ne pas disposer de ressources propres qui proviennent d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)
- suivre une formation en alternance ou se trouver sous contrat d'apprentissage
- être inscrits à France Travail comme primo-demandeurs d'emploi ou effectuer un stage préalablement à l'exercice d'un 1^{er} emploi rémunéré

Les limites d'âge sont supprimées pour ceux qui bénéficient d'une allocation en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) option « invalidité », à la condition que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge indiquée ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Les bénéficiaires : Vous et les membres de votre famille mentionnés ci-avant.

Nous (la Mutuelle) : Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256 - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

L'assisteur (assistance santé) : Auxia Assistance

Société anonyme au capital de 1 780 000 € - entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

La société (2^e avis médical) : Carians

Société par action simplifiée au capital social de 109 230 € - Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 803 657 717 00036, Numéro TVA intracommunautaire : FR 42 803657717 - Siège : 1 Boulevard Pasteur, 75015 Paris

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et qui provient de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à la personne assurée ou aux membres de sa famille.

Actes : Les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures qui définissent les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au bulletin d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et qui dispose d'un numéro au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Adhésion : En signant le bulletin d'adhésion, vous adhérez à ce règlement et à la Mutuelle et vous bénéficiez des garanties choisies.

Appairage : Processus qui permet d'ajuster les deux verres de vos lunettes pour une meilleure utilisation (verres centrés et alignés).

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Tarif qui sert de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr.

Calcul de l'âge : Age calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et, selon le cas, celle de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion. Pour la détermination de la cotisation, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours.

Contrat responsable : Contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Contrat non responsable : Contrat qui ne respecte pas les obligations du cahier des charges du contrat responsable.

Délai d'attente (carence) : Période au cours de laquelle vos garanties ne s'appliquent pas (ou de manière limitée) bien que vous cotisiez.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, qui ont pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés qui exercent en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement qui ont choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuaire.sante.ameli.fr.

Franchise : Somme déduite par la Sécurité sociale - et non prise en charge par le contrat responsable - de vos remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Ce montant est calculé ainsi :
$$[\text{Base de remboursement (BR)}] \times [\text{Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale}]$$

Nomenclature : Codification des actes et des médicaments qui donnent lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins coordonnés : Obligation pour toute personne de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste pour ne pas être pénalisé dans son remboursement, sauf :

- en cas d'urgence ;
- d'éloignement du domicile ;
- lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
 - ophtalmologue
 - gynécologue
 - stomatologue
 - psychiatre et neuropsychiatre pour toute personne âgée de moins de 26 ans

Participations forfaitaires :

- **participation forfaitaire :**
Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable dû par un assuré social pour les consultations, les actes des médecins, les actes biologiques et les actes radiologiques.
- **participation forfaitaire « actes lourds » :**
ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60. Nous remboursons cette participation forfaitaire.

Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) : Montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier.
Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestations en nature : Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques, etc.) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Règlement = Règlement mutualiste

Renonciation : Faculté de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours de la prise d'effet de celle-ci.

Représentant légal : Personne désignée par la loi pour représenter et défendre vos intérêts.

Résiliation : Faculté de mettre un terme à votre adhésion au règlement qui se renouvelle automatiquement tous les ans.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à votre charge ou à la charge des membres de votre famille après le remboursement de la Sécurité sociale et de la Mutuelle.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé qui a adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et qui pratique des tarifs contrôlés. À l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé qui n'a pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et qui pratique des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : Régime général ou Alsace-Moselle de la Sécurité sociale française dont dépendent la personne assurée et les membres de sa famille.

Service médical rendu (SMR) : Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.

Sinistre : Survenance des soins.

Support durable : Tout instrument qui permet à la personne recevant des informations qui lui sont personnellement adressées, de les stocker afin de pouvoir les consulter ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et qui sont reproduites à l'identique.

Ticket modérateur (TM) : Participation aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale. Le TM est égal à la différence entre la BR et le MR.



Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256 - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Réf : MHM-13150_2510 - 20251002

Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité

N° SIREN : 784 718 256

Siège social : 21, rue Laffitte, 75009 Paris

Statuts

Modifiés par l'Assemblée générale extraordinaire du 25 avril 2024

PREAMBULE

Les présents statuts régissent la mutuelle résultant de la fusion, à effet du 1er janvier 2009, de Médéric Mutualité - créée en 1938 sous la dénomination de Caisse Mutualiste Interprofessionnelle des Cadres (CMIC) - et de la Société Mutualiste Malakoff (SMM) créée en 1973, ainsi que de la Mutuelle du personnel des organismes de Sécurité sociale de la Sarthe (MPOSS 72) créée en 1952.

La mutuelle a également repris, par voie de fusion-absorption, Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne (MIEL), à effet du 28 octobre 2021 et MHN, Malakoff Humanis Nationale à effet de la date de parution au journal officiel de la décision d'approbation de l'opération par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 – Dénomination et siège de la Mutuelle

Il est constitué une Mutuelle dénommée « Malakoff Humanis Mutuelle » également connue sous le sigle « MHM » qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire des entreprises SIREN sous le numéro 784 718 256.

Le siège de la Mutuelle est situé à Paris 9e, 21 rue Laffitte.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe sur décision du Conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par la prochaine Assemblée générale, et en tout autre lieu par délibération de l'Assemblée générale extraordinaire.

Article 2 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie, au travers notamment d'une couverture complémentaire des frais de santé ;
- de verser une prestation frais d'obsèques ;
- de verser un capital en cas de naissance d'enfant.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés au 1° de l'article L. 111-1. I du Code de la mutualité.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

Elle peut céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Elle peut effectuer des opérations en coassurance.

Elle est agréée pour les branches d'activités suivantes :

- 1 - Accidents
- 2 - Maladie
- 20 - Vie – décès
- 21 - Nuptialité – natalité

La Mutuelle peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale, de solidarité ou d'entraide, ou gérer des réalisations sanitaires et sociales à titre accessoire lorsque la garantie découle directement de la garantie d'assurance à laquelle ils ont souscrit.

La Mutuelle peut participer, sur décision du Conseil d'administration, à la protection complémentaire en matière de santé telle que prévue par le Titre 6 du Livre 8 du Code de la sécurité sociale (Protection complémentaire en matière de santé).

Elle peut souscrire toute convention auprès d'une mutuelle ou d'une union, afin de permettre à ses membres participants d'avoir accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Elle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Elle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

La Mutuelle peut confier tout ou partie de sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charge la gestion technique et administrative d'organismes régis par le Code de la mutualité, par le livre IX du Code de la sécurité sociale ou par le Code des assurances.

Elle peut décider de créer une autre mutuelle ou une union. Elle peut adhérer à une ou plusieurs unions et participer à toute union de groupe mutualiste ou tous groupements comprenant des organismes régis par le Code de la mutualité, par le livre IX du Code de la sécurité sociale ou par le Code des assurances.

En particulier, elle peut s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) dans le respect de la convention d'affiliation et conformément aux dispositions du Code des assurances.

Dans ce cas, la Mutuelle sera liée par les statuts de la SGAM et la convention d'affiliation à celle-ci. Les statuts de la SGAM et la convention d'affiliation pourront conférer à la SGAM des pouvoirs de contrôle à l'égard de la Mutuelle, y compris en ce qui concerne sa gestion, et prévoir des pouvoirs de sanction. Ils pourront subordonner à l'autorisation préalable du Conseil d'administration de la SGAM la conclusion par la Mutuelle d'opérations qu'ils énumèrent.

Article 3 – Action sociale

Une action d'entraide à caractère social est mise en œuvre par la mutuelle en faveur de ses membres participants et de leurs ayants droit. Cette action peut prendre notamment la forme d'actions de prévention ou d'allocations individuelles.

Ces actions, qui ne présentent aucun caractère systématique, sont diligentées par le Conseil d'administration qui recherche, pour chaque intervention sollicitée, si la situation du membre participant apparaît la justifier au plan social.

La Commission de gestion de chaque section de la Mutuelle peut mettre en œuvre une action sociale spécifique au profit des ressortissants de la section. Elle en définit alors les modalités dans le cadre de son règlement spécifique sous le contrôle du Conseil d'administration de la Mutuelle ou de son représentant.

Article 4 – Règlements mutualistes et contrats collectifs

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes adoptés par le Conseil d'administration définissent, dans le cadre des opérations individuelles, le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 5 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée générale précise les conditions d'application des présents statuts. Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée générale la plus proche.

Tous les membres de la Mutuelle sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Article 6 – Respect de l'objet des Mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers à son objet tel que défini à l'article 1er des présents statuts et plus généralement à l'objet des mutuelles tel que le définit le Code de la mutualité.

CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 – ADHÉSION

Article 7 – Définition et admission des membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- Le conjoint du membre participant, par conjoint il faut entendre :
 - l'époux ou épouse, ni séparé(e) de corps (judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé (e).
Ou, à défaut,
 - les personnes liées par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515 -1 et suivants du Code civil.
Ou à défaut,
 - les personnes vivant en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'ils soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).
- Les enfants à la charge du membre participant et ceux du conjoint au sens du présent article qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans ;
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de l'affiliation du membre participant, ou celle du conjoint au sens du présent article ou d'une affiliation personnelle) ;
 - être fiscalement à la charge du membre participant, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le membre participant déduit fiscalement

de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à France Travail comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion invalidité prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivaient des études.

- les ascendants, père et mère à la charge du membre participant et ceux de son conjoint au sens du présent article :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à la charge du participant, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le membre participant déduit fiscalement de son revenu global.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome, par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

La Mutuelle admet des membres participants dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou les contrats collectifs.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont conclu un contrat collectif.

Les adhésions des membres honoraires personnes physiques sont décidées par le Conseil d'administration et ne sont soumises à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Article 8 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres participants de la Mutuelle, les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion et qui remplissent les conditions définies par le règlement mutualiste.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Article 9 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I - Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

II - Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale souscriptrice auprès de la Mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, d'une décision unilatérale ou de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles ou unions, il détermine l'assureur auprès duquel chaque personne physique adhérent au contrat collectif coassuré devient membre participant et la personne morale souscriptrice du contrat collectif coassuré devient membre honoraire.

Ainsi, la Mutuelle pourrait être amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérent au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

Section 2 – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Article 10 – Démission

La résiliation par un membre participant de la totalité des prestations servies par la mutuelle, dans les délais et formes prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s) ou au(x) contrat(s) collectif(s) facultatif(s), entraîne de plein droit la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent.

La démission d'un membre honoraire personne physique est donnée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception. Elle prend effet immédiatement.

La résiliation d'un contrat collectif par l'employeur ou la personne morale souscriptrice entraîne, le cas échéant, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale. Cette résiliation entraîne la démission de plein droit de la mutuelle des membres participants rattachés au contrat et la perte de leur qualité d'adhérent.

Article 11 – Radiation

Sont radiés, dans les conditions prévues au règlement mutualiste ou au contrat, les membres dont les garanties ont été résiliées conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

Article 12 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Article 13 – Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – DÉLÉGUÉS A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 14 – Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée des délégués des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle comme suit :

- jusqu'à la veille de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration en 2025 :

Pour assurer leur représentation à l'Assemblée générale, les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote définies selon les critères pouvant être combinés entre eux suivants :

- en fonction de la qualité de membres, participants ou honoraires,
- par entreprises,
- géographique,
- par opérations collectives ou individuelles telles que définies à l'article L. 221-2 du Code de la mutualité,

L'organisation des sections de vote ne peut conduire à ce qu'un membre participant ou honoraire relève de plusieurs sections de vote.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées comme suit :

- Les membres honoraires définis à l'article L.114-1- I. du Code de la Mutualité sont regroupés dans une section de vote dénommée « section de vote des membres honoraires ».
- Les membres participants dans le cadre d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité et les membres participants dans le cadre d'opérations collectives visées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité relevant de contrats souscrits par des personnes morales pour un nombre de participants inférieur ou égal à 1500 apprécié au 1er janvier de l'année au cours de laquelle se tient l'élection, sont répartis dans des sections dites « sections de vote géographiques » dont le périmètre est défini au règlement intérieur.
- Les membres participants dans le cadre d'opérations collectives visées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité relevant de contrats souscrits par des personnes morales pour un nombre de participants supérieur 1500 apprécié au 1er janvier de l'année au cours de laquelle se tient l'élection ou la désignation, sont répartis dans des sections dites « sections de vote grand collectif ».
- Les membres participants dans le cadre d'opérations collectives visées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité relevant de contrats souscrits au bénéfice de leurs membres par des associations soumises à la loi du 1er juillet 1901 sont regroupés dans une section de vote dénommée « section de vote travailleurs indépendants ».

Les modalités des sections de vote sont précisées au règlement intérieur.

Pour les « sections de vote grand collectif », les délégués représentant les membres participants peuvent être, selon le choix retenu dans le règlement intérieur de la Mutuelle pour chaque « section de vote grand collectif », soit élus, soit désignés, dans les conditions prévues aux statuts et au règlement intérieur.

Pour les sections de vote autres que les « sections de vote grand collectif », les membres participants ou les membres honoraires de chaque section élisent leurs délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle.

- à compter de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration en 2025 :

Pour assurer leur représentation à l'Assemblée générale, les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote définies selon les critères suivants pouvant être combinés entre eux :

- géographique,
- en fonction de la qualité de membres, participants ou honoraires,
- par entreprises,
- par opérations collectives ou individuelles telles que définies à l'article L. 221-2 du Code de la mutualité,

L'organisation des sections de vote ne peut conduire à ce qu'un membre participant ou honoraire relève de plusieurs sections de vote.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées comme suit :

- Les membres honoraires définis à l'article L.114-1- I. du Code de la Mutualité sont regroupés dans une section de vote dénommée « section de vote des membres honoraires »,
- Les membres participants dans le cadre d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité portant exclusivement sur une complémentaire santé sont répartis dans des sections dites « sections de vote géographiques » dont le périmètre est défini au règlement intérieur,
- Les membres participants dans le cadre d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité portant sur une complémentaire prévoyance ou sur des complémentaires prévoyance et santé sont regroupés dans une section dite « section de vote Prévoyance »,
- les membres participants dans le cadre d'opérations collectives visées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité relevant de contrats souscrits au bénéfice de leurs membres par des associations soumises à la loi du 1er juillet 1901 ou relevant de contrats souscrits par des personnes morales pour un nombre de participants inférieur ou égal à 5000 apprécié à la date arrêtée par le Conseil d'administration, cette date ne pouvant être antérieure au 1er jour du trimestre qui précède l'appel à candidatures pour les élections, et qui ne sont pas des filiales de personnes morales relevant d'une section de vote « grand collectif », sont regroupés dans une section de vote dénommée « section de vote collectif »,
- Les membres participants dans le cadre d'opérations collectives visées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité relevant de contrats souscrits par des personnes morales pour elles-mêmes et, le cas échéant, leurs filiales, pour un nombre total de participants supérieur 5000 apprécié à la date arrêtée par le Conseil d'administration, cette date ne pouvant être antérieure au 1er jour du trimestre qui précède l'appel à candidatures pour les élections, sont répartis dans des sections dites « sections de vote grand collectif ».

Les modalités des sections de vote sont précisées au règlement intérieur.

Pour les « sections de vote grand collectif », les délégués représentant les membres participants peuvent être soit élus, soit désignés, dans les conditions prévues aux statuts et au règlement intérieur.

Pour les sections de vote autres que les « sections de vote grand collectif », les membres participants ou les membres honoraires de chaque section élisent leurs délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle.

Lorsque les personnes morales procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres participants salariés rattachés à une « section de vote grand collectif », elles doivent informer le président du Conseil d'administration des désignations, dans le délai fixé par le Conseil d'administration.

Le renouvellement de l'Assemblée générale a lieu tous les six ans.

Article 15 – Election des délégués

Les modalités des élections sont arrêtées dans un règlement de vote arrêté par le Conseil d'administration. Les modalités retenues doivent garantir le secret et la liberté du vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

Si le nombre de candidats au sein d'une section de vote s'avère inférieur ou égal au nombre de sièges à pourvoir par élection, ces derniers seront réputés élus de plein droit par décision du Conseil d'administration, sans qu'il y ait lieu de procéder à des élections.

Pour se présenter à l'élection, le membre participant ou honoraire doit être à jour de sa cotisation. Les membres ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent.

Article 16 – Durée du mandat

Le mandat des délégués est de six années.

Le mandat prend fin la veille de l'Assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat du délégué concerné.

Toutefois, par dérogation aux deux alinéas précédents, en cas de décision du Conseil d'administration de la mutuelle de s'engager sur un projet de fusion avec une autre mutuelle et d'une délibération concordante du Conseil d'administration de cette dernière, les mandats des délégués venant à échéance l'année de tenue de l'Assemblée générale statuant sur le projet de fusion seront prorogés :

- jusqu'à la date d'effet juridique de cette opération
- ou
- en l'absence de réalisation de la fusion envisagée, jusqu'à l'issue de l'Assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice au cours duquel l'Assemblée générale s'est prononcée sur le projet de fusion.

Pour tenir compte de la fusion avec MHN, Malakoff Humanis Nationale et du fait de la création de nouvelles sections de vote au sein de la mutuelle permettant d'assurer la représentation de tous les adhérents, la composition de l'Assemblée Générale sera renouvelée en totalité à compter de l'Assemblée générale de la mutuelle qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration en 2025, selon les dispositions des statuts et du règlement intérieur.

En conséquence, tous les mandats en cours des délégués des sections de vote existantes au sein de la mutuelle prendront fin la veille de cette l'Assemblée générale.

Le mandat des délégués qui seront élus ou désignés courra jusqu'à la veille de l'Assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice 2030.

Le mandat d'un délégué cesse de plein droit s'il perd la qualité de membre participant ou membre honoraire de la Mutuelle.

Article 17 – Vacance en cours de mandat

En cas de vacance d'un poste de délégué élu, par suite de décès, de démission, perte de la qualité d'adhérent ou toute autre cause, il est procédé, avant la prochaine Assemblée générale, au remplacement de ce dernier par le candidat non élu ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix. En l'absence de candidat non élu dans la section, le Conseil peut faire procéder à une nouvelle élection dans la section pour pourvoir le siège vacant. Par dérogation à l'article 16, le mandat ainsi pourvu se termine à la date du prochain renouvellement de l'Assemblée générale.

Les personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués représentants les membres participants salariés rattachés à une « section de vote grand collectif », afin de pourvoir à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre de la section d'un (de) délégué(s) précédemment désigné(s).

Article 18 – Nombre de délégués par section - Nombre de voix des délégués

§ 1- Le nombre de délégués est déterminé selon les barèmes ci-après comme suit :

- jusqu'à la veille de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration en 2025 :
- Pour la section de vote regroupant les membres honoraires : un (1) délégué par tranche complète de 50.000 participants relevant des opérations collectives ;

- Pour les sections de vote regroupant les membres participants :

Nombre de membres participants de la section	Nombre de délégués de chaque section de vote géographique	Nombre de délégués de chaque section de vote grand collectif ou de la section de vote travailleurs indépendants
≤ 1500	1	Sans objet
1501 à 5000	1	1
5001 à 9000	2	2
9001 à 12000	2	2
12001 à 15000	3	3
15001 à 18000	3	3
18001 à 21000	4	4
21001 à 24000	5	4
24001 à 27000	5	5
27001 à 30000	6	5
> 30000	8	6

- A compter de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration en 2025 :

- Pour la « section de vote des membres honoraires » :

Nombre de membres honoraires	Nombre de délégués
≤ 1 000	1
1 001 à 2 000	2
> 2000	3

- Pour les sections de vote regroupant les membres participants :

Pour les « sections de vote géographiques » et la « section de vote collectif » : un (1) délégué par tranche complète de 2400 membres participants ;

Pour les autres sections :

Nombre de membres participants de la section	Nombre de délégués de la section de vote prévoyance	Nombre de délégués de chaque section de vote grand collectif
≤ 5 000	3	Sans objet
5 001 à 20 000	6	6
> 20000	12	12

§ 2 - Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

§ 3 - Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée générale peut donner pouvoir à un autre délégué de le représenter.

§ 4 - Un délégué ne peut disposer de plus de trois pouvoirs.

§5 – Chaque délégué peut voter par correspondance. Dans cette hypothèse, à compter de la date de convocation de l'assemblée générale, un formulaire de vote par correspondance accompagné de ses annexes est remis ou adressé aux frais de la mutuelle à tout membre qui en fait la demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Le formulaire de vote par correspondance permet un vote sur chacune des résolutions, dans l'ordre de leur présentation. Il offre à chaque membre de l'assemblée générale la possibilité d'exprimer sur chaque résolution un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir de voter.

Est annexé au formulaire le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Pour qu'il soit tenu compte du vote par correspondance, le formulaire de vote par correspondance doit être reçu par la mutuelle au plus tard trois jours francs avant la date de la réunion. Cette date limite est indiquée sur la formule de vote par correspondance.

Section 2 – RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 19 – Convocation et tenue de l'Assemblée générale

I - L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

Le Président assure la présidence de l'Assemblée générale.

Dans des conditions exceptionnelles, fixées par la législation et la réglementation en vigueur, l'Assemblée générale peut également être convoquée par la ou les personnes mentionnées à l'article L114-8 I. du Code de la mutualité. L'Assemblée générale est alors présidée par l'auteur de cette convocation ou par le représentant qu'il désigne.

L'Assemblée générale est convoquée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

II - Le Conseil d'administration peut décider que l'Assemblée générale se tienne par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification des délégués et garantissant leur participation effective.

La convocation indique alors les modalités de tenue et de vote retenues, étant précisé qu'afin de garantir l'identification et la participation effective des délégués, les moyens retenus doivent transmettre au moins la voix des participants et satisfaire à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des décisions.

En cas de tenue de l'Assemblée générale par voie de téléconférence ou de visioconférence, il sera proposé à chaque délégué de voter par voie électronique :

- par anticipation
- ou en séance, pour lui-même et pour le ou les autres délégués lui ayant donné procuration,

selon des modalités d'organisation respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Un site internet sera exclusivement dédié à ces fins. Chaque délégué pourra alors accéder au site consacré à cet effet après s'être identifié au moyen d'un code fourni préalablement à la réunion de l'Assemblée générale.

Article 20 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation. Toutefois, des délégués à l'Assemblée générale peuvent, s'ils réunissent au moins le quart du nombre total de délégués, requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée de projets de résolutions dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut, néanmoins, en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 21 - Compétences de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et notamment sur :

- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les principes que doivent respecter les délégations de gestion accordées par la mutuelle et le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la mutualité ;
- le rapport spécial du ou des Commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la conclusion d'une convention de substitution ;
- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du ou des Commissaires aux comptes ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité et, le cas échéant, sur le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.
- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité et les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- la décision de s'affilier à une SGAM ou de résilier cette affiliation, l'Assemblée procédant, corrélativement, aux éventuelles modifications des statuts liées à cette affiliation et à l'approbation de la convention d'affiliation.

L'Assemblée générale procède, au scrutin secret, à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle nomme pour six exercices un ou plusieurs Commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs Commissaires aux comptes suppléants, choisis sur la liste mentionnée au I de l'article L. 822-1 du Code de commerce.

Article 22 - Modalités de vote de l'Assemblée générale

1. Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts,
- les activités exercées,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats
- les principes directeurs en matière de réassurance
- l'affiliation ou le retrait à une SGAM, la conclusion, la modification et la résiliation éventuelle d'une

convention d'affiliation mentionnée à l'article R.322-165 du Code des assurances. La même Assemblée générale procède aux éventuelles modifications des statuts liées à cette décision et à l'approbation de la convention d'affiliation décrite à l'article R.322-165 du Code des assurances.

- les règles générales en matière d'opérations collectives et individuelles,
- la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union,

L'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou, sur décision du conseil d'administration, de vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale est convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou, sur décision du conseil d'administration, de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

2. Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées
Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au 1 ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou, sur décision du conseil d'administration, de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale est convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou, sur décision du conseil d'administration, de vote électronique.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres adhérents, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la mutualité.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 24 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et les membres honoraires à jour de leurs cotisations.

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est compris entre 18 administrateurs au moins et 30 administrateurs au plus.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L. 114-16-1 du Code de la mutualité.

Article 25 – Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au Conseil d'administration, le membre participant ou le membre honoraire doit :

- être âgé de 18 ans révolus,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,

- posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à leurs fonctions, dans les conditions prévues à l'article L114-21 du Code de la mutualité
- satisfaire aux obligations relatives au cumul de mandats telles que fixées par l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.

Les modalités de présentation des candidatures à l'élection au Conseil d'administration sont précisées au règlement intérieur de la mutuelle.

Article 26 - Limite d'âge

Le Conseil d'administration ne peut être composé de plus d'un tiers d'administrateurs âgés de plus de 70 ans révolus.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 27 - Modalités d'élection

Les membres du Conseil d'administration sont élus, à scrutin secret, par les délégués de l'Assemblée générale au scrutin plurinominal majoritaire à un tour.

Afin de permettre aux membres de l'assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L. 114-16-1 du Code de la mutualité, il est mentionné, lors de l'appel à candidatures et sur le matériel de vote, le nombre de postes d'administrateurs à pourvoir et il est établi deux listes de candidats : l'une comportant les hommes, l'autre comportant les femmes, le nombre minimum de candidats à élire de chaque sexe devant être clairement identifié.

L'électeur doit, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme au nombre de candidats à élire identifié sur chaque liste.

L'attribution des postes à la suite du dépouillement des votes s'effectue tel que décrit ci-après :

. au titre de chacune des listes, seront réputés élus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de postes à pourvoir permettant ainsi de respecter, sauf insuffisance de candidats, le minimum de 40% des administrateurs de ce sexe sur la totalité des membres du Conseil d'administration

. ensuite les candidats sont élus, quelle que soit leur liste d'appartenance, dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

En cas d'égalité de suffrages, si l'objectif de parité est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise au plus jeune.

Ces règles d'attribution des postes ne peuvent faire obstacle à l'application du dernier alinéa de l'article 26 des présents statuts.

Article 28 - Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de l'Assemblée générale d'approbation des comptes, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat de l'administrateur.

Dispositions transitoires :

Pour prendre en compte la fusion intervenue avec MHN, Malakoff Humanis Nationale, par dérogation avec l'alinéa précédent des présents statuts, il est mis fin au mandat :

- des administrateurs élus en juin 2019, à l'issue de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du renouvellement partiel du Conseil d'administration intervenant en 2025
- des administrateurs élus en juin 2022, à l'issue de l'Assemblée générale qui statuera sur les comptes de 2027
- des administrateurs élus lors du renouvellement partiel du Conseil d'administration intervenant en 2025, selon la durée de mandat qui leur sera applicable, à l'issue de l'Assemblée générale qui statuera sur les

comptes de 2025 ou à celle qui statuera sur les comptes de 2029.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
 - lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 26,
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul.
- Ils présentent alors leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier
 - lorsqu'ils ne respectent plus les dispositions de l'article L.114-21 du Code de la Mutualité
 - lorsque leur révocation est prononcée par l'Assemblée générale.

Article 29 – Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu

- par moitié tous les trois ans jusqu'à l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du renouvellement partiel de celui-ci intervenant en 2025 puis
- par tiers tous les deux ans à compter de l'Assemblée générale qui procédera à l'élection de membres du Conseil d'administration lors du prochain renouvellement partiel de celui-ci intervenant en 2025.

Le renouvellement partiel du Conseil d'administration de la mutuelle à intervenir à l'assemblée générale d'approbation des comptes de 2024 sera anticipé lors d'une assemblée générale tenue au plus tard le 28 février 2025.

En cas de renouvellement complet du Conseil d'administration ou d'élargissement du Conseil d'administration, il est procédé par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Les membres sortants sont rééligibles.

Article 30 – Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité d'adhérent, par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel ou de Résolution ou toute autre cause d'un administrateur, il est pourvu provisoirement et dans l'attente de la plus prochaine Assemblée générale, par le Conseil d'administration, à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, dans le respect des exigences de parité. Cette cooptation est soumise à la ratification de la plus proche assemblée générale. La non-ratification de la cooptation par celle-ci entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part. L'administrateur occupant le poste ainsi devenu vacant achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

Section 2 – REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 31 – Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile et au moins trois fois par an. L'ordre du jour est fixé par le Président.

En outre, la convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du Conseil d'administration avec voix consultative sauf si

sa situation est en cause.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles.

Le Conseil d'administration pourra proposer à la plus prochaine Assemblée générale la révocation d'un administrateur qui n'aurait pas assisté à trois réunions consécutives du Conseil d'administration sans fournir de justification à ses absences.

Le Conseil d'administration peut se réunir par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, sur décision du Président.

Article 32 - Délibérations

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Lorsque le Conseil d'administration se réunit par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification et garantissant leur participation effective de ses membres, sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par ces moyens.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 33 - Compétences du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme en s'assurant, en particulier, de la maîtrise des risques auxquels la Mutuelle est exposée dans l'accomplissement de ses activités.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Ainsi, sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'administration :

- nomme et révoque le dirigeant opérationnel de la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L. 211-14 du Code de la mutualité ;
- arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice, et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés aux articles L. 114-17 et L. 212-6 du Code de la mutualité ;
- approuve, avant transmission à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, chaque année, les rapports prévus par la réglementation et selon la périodicité fixée par le contrôleur, les états quantitatifs prévus par la réglementation ;
- approuve, chaque année, le rapport actuariel tenu à la disposition de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- prend connaissance, chaque année, des conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que des propositions d'actions qui lui sont communiquées par le dirigeant opérationnel ;
- établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion ;
- donne son autorisation préalable aux conventions réglementées visées à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité ;
- adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale.
- fixe le montant ou le taux de cotisation et les prestations des opérations mentionnées respectivement au II et au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions prises en la matière ;
- approuve, préalablement à leur mise en œuvre, les politiques écrites imposées par la réglementation et les réexamine, au moins, une fois par an ;
- entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par

an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler sans la présence du dirigeant opérationnel si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil ;

- approuve, sur proposition du dirigeant opérationnel, les procédures définissant les conditions selon lesquelles ces responsables peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le Conseil d'administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

Article 34 - Commissions

Le Conseil d'administration peut nommer toutes commissions qu'il juge nécessaires au bon fonctionnement de la Mutuelle. Ces commissions exercent leur activité sous la responsabilité du Conseil d'administration qui leur délègue, le cas échéant, les pouvoirs nécessaires.

Article 35 – Délégation d'attributions par le Conseil d'administration

Dans le respect des textes législatifs et réglementaires, le Conseil délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, au Président, au Dirigeant opérationnel, les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Il peut, par ailleurs, déléguer, sous son contrôle et sa responsabilité, certaines de ses attributions au Bureau, à un ou plusieurs administrateurs ainsi qu'à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes.

Le Conseil d'administration peut déléguer, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, au dirigeant opérationnel tout ou partie de son pouvoir de détermination des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L 221-2 du Code de la mutualité.

Les délégations consenties sont établies dans une délibération du Conseil d'administration. Celle-ci est en principe prise pour une durée courant jusqu'au renouvellement du Bureau. Une durée différente peut être retenue si l'objet de la délégation le justifie. Le Conseil d'administration peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces délégations.

SECTION 3 - STATUT DE L'ADMINISTRATEUR

Article 36 - Compétence, honorabilité et expérience des administrateurs

Les membres du conseil d'administration disposent de la compétence, de l'honorabilité et de l'expérience requises. Tout administrateur s'engage à se former tout au long de son mandat. La Mutuelle propose aux administrateurs des actions de formation adaptées à l'exercice de leurs missions.

Article 37 - Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

Article 38 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer des indemnités à des administrateurs dans certaines conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la mutualité.

Afin de prendre en compte la perte de ses gains, tout administrateur ayant la qualité de travailleur indépendant, auquel des attributions permanentes ont été confiées, a droit à une indemnité annuelle calculée sur la base :

- du temps qu'il consacre à l'exercice de ses fonctions en tant qu'administrateur de la mutuelle
- et du montant annuel de ses revenus professionnels de l'avant-dernière année par rapport à l'année considérée, dans les conditions et limites fixées par l'Assemblée générale.

Article 39 - Remboursement des frais

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfant dans le cadre des dispositions fixées par la réglementation en vigueur.

Article 40 - Interdictions liées à la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage.

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut leur être allouée à quelque titre que ce soit.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux dispositions des articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la mutualité.

Il leur est interdit de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 114-37 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 41 - Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions prévues à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité, doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le Conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article L114-32 est applicable. Ce dernier ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

CHAPITRE III – DIRECTION EFFECTIVE

Article 42 - Composition

La direction effective de la Mutuelle est assurée par le Président du Conseil d'administration et par le dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du Code de la mutualité. Le Conseil d'administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif, une ou plusieurs personnes physiques, dénommée(s) Directeur(s) Général(aux) Délégué(s).

Article 43 - Le Président du Conseil d'administration

Article 43-1 : Nomination du Président

Au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration, celui-ci sous la présidence de l'administrateur le plus âgé élit son Président, parmi les

administrateurs satisfaisant aux exigences d'honorabilité, de compétence et d'expérience requises par la législation, au scrutin uninominal majoritaire à un tour, pour une durée de mandat qui expire, à l'issue de l'Assemblée générale qui procédera au prochain renouvellement partiel du Conseil d'administration. Le vote se tient à main levée ou, en cas de demande d'un administrateur, à scrutin secret.

La durée du mandat du Président ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le Conseil d'administration peut mettre fin à tout moment au mandat du Président.

Le mandat du Président s'exerce conformément aux obligations relatives au cumul de mandats telles que fixées par l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.

Article 43-2 : Attributions du Président

Le Président du Conseil d'administration représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il appartient au Président de proposer au Conseil d'administration qui en décide, la nomination d'un candidat aux fonctions de dirigeant opérationnel. De même, il appartient au Président de proposer au Conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du dirigeant opérationnel.

Il convoque le Conseil d'administration et établit l'ordre du jour de ses réunions qu'il préside. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe le Conseil des procédures engagées en application des articles L 612-30 et suivants du Code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des instances de la Mutuelle et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au dirigeant opérationnel certaines de ses attributions et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

Article 44 – Le dirigeant opérationnel

Le dirigeant opérationnel, dénommé « Directeur général » est nommé et révoqué, sur proposition du Président du Conseil d'administration, par le Conseil d'administration dans les conditions fixées à l'article 33 des statuts.

Le dirigeant opérationnel doit posséder l'honorabilité, la compétence et l'expérience nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Le dirigeant opérationnel est investi, lors de sa nomination, conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du Code de la mutualité, par le Conseil d'administration des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle qu'il assume conjointement avec le Président du Conseil d'administration conformément à l'article R. 211-15 du Code de la mutualité sous le contrôle du Conseil d'administration tel que précisé à l'article 43 des statuts.

En sa qualité de dirigeant opérationnel, il a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

En particulier, les responsables des fonctions clés au sens de l'article L.211-12 du Code de la mutualité sont placés sous son autorité conformément aux dispositions de l'article L.211-13 dudit Code sans qu'il puisse déléguer cette responsabilité à un collaborateur.

Il appartient au dirigeant opérationnel de présenter au Conseil d'administration l'état d'avancement des actions visant à remédier aux faiblesses qui ont pu être détectées en matière de gestion des risques.

De même, il appartient au dirigeant opérationnel de présenter au Conseil d'administration, les conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que les propositions d'actions qui en découlent ; il lui incombe de veiller à l'exécution de ces actions et d'en rendre compte au Conseil d'administration.

Dans le cadre des pouvoirs qui lui sont délégués et sans préjudice des dispositions de l'article 43-2 des statuts, le dirigeant opérationnel représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle, établir des subdélégations de pouvoirs à des salariés de la Mutuelle pour des objets limités et en informant le Conseil d'administration.

CHAPITRE IV – BUREAU

SECTION 1 – ELECTIONS ET COMPOSITION

Article 45 - Election et révocation du Bureau

Dans les six mois qui suivent l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration, le Conseil d'administration élit en son sein un Bureau composé, outre du Président du Conseil d'administration, de 9 membres maximum dont trois Vice-présidents, pour une durée de mandat qui expire à l'issue de l'Assemblée générale qui procèdera au prochain renouvellement du Conseil d'administration.

Les membres du Bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles. Le Conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme à leurs fonctions.

Article 46 – Vacance de la Présidence

En cas de décès, démission ou perte de la qualité d'adhérent du Président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection à sa prochaine réunion. Dans l'intervalle, les fonctions de Président – hors celles qui relèvent du statut de dirigeant effectif – sont remplies par le 1^{er} Vice-président ou à défaut par le 2^{ème} Vice-président ou à défaut par le 3^{ème} Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

SECTION 2 – ATTRIBUTIONS DU BUREAU ET DE SES MEMBRES

Article 47 – Réunions et attributions du Bureau

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

Le Bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'administration. Il prépare les travaux du Conseil d'Administration ; Il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation éventuelle au Conseil d'administration.

Le Bureau a en charge de proposer au Conseil d'administration la conduite politique, économique et stratégique de la Mutuelle. Il définit la politique de formation et d'animation des élus de la Mutuelle. Il nomme en son sein des membres du Bureau référents chargés de superviser l'activité des commissions de la mutuelle.

Article 48 - Missions des Vice-Présidents

Les Vice-présidents assistent le Président dans l'exercice de ses fonctions.

En cas d'empêchement temporaire du Président, la suppléance est assurée par le 1^{er} Vice-président avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions – hors ceux qui relèvent du statut de dirigeant effectif. En cas d'empêchement temporaire du Président et du 1^{er} Vice-président, la suppléance est assurée par le 2^{ème} Vice-président ou à défaut le 3^{ème} Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions – hors ceux qui relèvent du statut de dirigeant effectif.

Les Vice-présidents mettent par ailleurs en œuvre les missions qui leur sont confiées par le Conseil d'administration et lui en rendent compte régulièrement.

CHAPITRE V - SECTIONS

Article 49 - Création

Le Conseil d'administration peut instituer des sections groupant les membres participants et les membres honoraires appartenant à une même entreprise, à une même branche d'activité, à un même secteur géographique ou à une même catégorie de contrats.

Article 50 - Commission de gestion

Chaque section instituée en application de l'article 49 est administrée par une Commission de gestion composée de membres désignés par le Conseil d'administration de la Mutuelle parmi les membres participants et les membres honoraires appartenant à la section, les membres participants devant représenter au moins les deux tiers de la Commission de gestion.

Cette Commission est présidée par le Président du Conseil d'administration de la Mutuelle ou son délégué.

Article 51 - Règlement

Les règles de fonctionnement de la section font l'objet d'un règlement établi et adopté dans les conditions prévues par l'article L115-4 du Code de la mutualité.

CHAPITRE VI - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 PRODUITS ET CHARGES

Article 54 - Produits

Les recettes de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi et conformes à l'objet social de la Mutuelle.

Article 55 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements effectués aux structures mutualistes ;
- les cotisations versées au Fonds de garantie ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du Code de la mutualité ;
- la contribution pour frais de contrôle prévue à l'article L. 612-20 du Code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle.

SECTION 2 - REGLES DE SECURITE FINANCIERE

Article 56 - Système Fédéral de Garantie

La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION 3 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

Article 57 - Attributions

Le ou les Commissaires aux comptes désignés par l'Assemblée générale ordinaire conformément à l'article 21 des statuts exercent leurs fonctions dans les conditions définies par la législation en vigueur.

Ils portent à la connaissance du Conseil d'administration les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le Code de commerce.

Ils signalent dans leur rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission. Ils établissent et présentent à l'Assemblée un rapport spécial sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité.

Le ou les Commissaires aux comptes sont convoqués aux Assemblées générales au plus tard lors de la convocation des délégués. Lorsque les circonstances le justifient, ils peuvent convoquer une Assemblée générale, après avoir vainement requis sa convocation du Président du Conseil d'administration.

Le ou les Commissaires aux comptes fournissent à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de

Résolution tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel. Ils avisent sans délai l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution de tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 du Code monétaire et financier dont ils ont eu connaissance.

SECTION 4 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Article 58 - Montant du Fonds d'établissement

Le Fonds d'établissement est fixé au montant minimum légal.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 59 - Etendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste qui lui est applicable. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Dans le cadre des opérations collectives, l'adhérent reçoit une notice qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 60 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale extraordinaire.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale extraordinaire de dissolution, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Article 61 – Protection des données à caractère personnel

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 ainsi que le Règlement Général Européen sur la Protection des Données du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit en qualité de responsable de traitement des données.

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement traitées dans le cadre de la conclusion d'un Règlement Mutualiste ou d'un contrat, de la gestion (y compris commerciale) et de l'exécution par la Mutuelle de ses obligations, notamment celles relatives à la constitution et la gestion des instances de la mutuelle (assemblée générale, conseil d'administration et commissions). Dans ce cadre, elles peuvent être communiquées aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré est garanti, aux intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et organismes gestionnaires du Régime Obligatoire. Les données à caractère personnel sont traitées de manière à garantir une sécurité technique et organisationnelle et une confidentialité appropriées, y compris pour prévenir l'accès non autorisé à ces données et à l'équipement utilisé pour leur traitement ainsi que l'utilisation non autorisée de ces données et de cet équipement.

Le consentement lorsqu'il est requis est donné par un acte positif clair par lequel le membre participant et/ou ses ayants droit manifestent de façon libre, spécifique, éclairée et univoque son accord au traitement des données à caractère personnel les concernant. Lorsque le traitement des données a plusieurs finalités (informations commerciales, envoi de la newsletter, réception des relevés de prestations), le consentement sera donné pour chacune d'entre elles.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Le consentement du titulaire de l'autorité parentale sera demandé pour l'utilisation des données personnelles des mineurs de moins de 16 ans dans le cadre de la gestion de données de la mutuelle, sauf exception pour les données concernant le dossier médical personnel du mineur.

Le membre participant et tout assuré dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle dispose :

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation, de suppression et d'opposition sur les informations le concernant. Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Le membre participant peut exercer ces droits, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant et ses ayants droit disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Statuts certifiés conformes par le Président

Jean-Luc GARDE



Annexe

Information sur nos frais de gestion et taux de redistribution

En application de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication liées aux frais de gestion, Malakoff Humanis Mutuelle vous communique le détail des taux relatifs à ses contrats frais de santé au titre de l'année 2025.

- **Le taux de redistribution s'élevait à : 77,9%**

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

- **Le montant total des frais de gestion exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 20,5 %**

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

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

Document à conserver

Ma notice Assistance

Cette notice décrit l'ensemble de mes garanties ainsi que les formalités à accomplir pour bénéficier d'une aide temporaire pour m'épauler au moment d'un évènement lié à la santé et faciliter mon retour à domicile en cas d'hospitalisation.



Dans le cadre de votre contrat santé, vous bénéficiez des services d'assistance et de téléconsultation médicale.

Vous êtes mieux protégé avec :

- ▶ des services pour prendre soin de votre santé et rendre vos démarches plus faciles,
- ▶ un accompagnement social personnalisé pour vous épauler en cas de difficultés.

Besoin d'aide en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation?

Avec le service d'Assistance, bénéficiez **d'aides spécifiques pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile** comme une aide-ménagère, la garde de vos enfants, leur conduite à l'école, du soutien scolaire à domicile, la prise en charge des ascendants dépendants, la livraison de médicaments...

Il vous suffit de **contacter nos conseillers** en téléphonant au **09 74 78 90 42** (service gratuit + prix appel)

Accessible 7 jours sur 7, 24h sur 24.

Identifiant à communiquer lors de votre appel : **75 49 01**



Besoin de joindre un médecin rapidement ?

Avec le service de Téléconsultation médicale, obtenir un rendez-vous n'a jamais été aussi facile. Bénéficiez gratuitement de 5 consultations 7 jours sur 7 de 8h à 20h.

Pour accéder au service, appelez le **09 86 86 00 67** pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence.

Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client ou sur le site <https://medecin.malakoffhumanis.com>.

A NOTER

Le service de téléconsultation vous permet aussi d'accéder rapidement à des téléconsultations avec des médecins spécialistes ou généralistes (plages horaires plus étendues et selon disponibilité). Ces consultations avec avance de frais sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées dans les conditions habituelles de votre contrat santé.



Sommaire

L'objet de l'assistance	4
Nous contacter	4
Les tableaux de garanties	5
La description des garanties d'assistance	7
Les définitions	13
Le cadre juridique	15
Annexe le service de téléconsultation	20

Retrouvez les définitions dans le
lexique à la page 13



L'objet de l'assistance

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux adhérents du contrat d'assurance santé « Pack Santé Particuliers » une aide à domicile dans une optique de confiance préalable.

AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital de 1 780 000 euros – RCS de Paris 351 733 761 – Siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est désigné par « Nous » dans cette Convention

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Nous contacter



Pour demander la mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance, vous pouvez joindre, 7 jours sur 7, 24h sur 24, votre chargé d'assistance au **09 74 78 90 42** en précisant :

- Votre numéro de convention d'assistance : **75 49 01**
- Votre identité (nom, prénom, date de naissance)
- L'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone)
- L'entreprise employeur

Les prestations sont mises en œuvre du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures (hors jours fériés). Au cours de l'appel, il vous sera précisé les modalités de mise en œuvre des prestations.

Cette demande doit être formulée dans **un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement**.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 5 jours ouvrés entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne nous permet plus de mettre en œuvre nos garanties dans des conditions conformes à nos engagements.



En cas d'urgence, votre premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (**le 15 ou le 112 pour le SAMU ; le 17 pour les services de la police ; le 18 pour les pompiers**) ou à votre médecin traitant. Nos services d'assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.



Les tableaux de garanties

Les tableaux de garanties présentent les prestations auxquelles vous avez le droit **en fonction de votre situation**. Les garanties sont accordées dans **les conditions et limites de la notice d'assistance**, retrouvez le détail dans « [La description des garanties d'assistance](#) » à la page 7.

J'AI BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT MEDICAL OU SOCIAL

Je bénéficie des garanties ci-dessous quelle que soit la nature des événements

Page 8	Informations médicales et sociales	Par téléphone
Page 9	Livraison de médicaments (en cas d'incapacité temporaire)	Prise en charge de la livraison
Page 10	Recherche de professionnels de santé	Par téléphone
Page 11	Transport vers un établissement de soins	Organisation du transport
Page 20	Téléconsultation médicale	5 téléconsultations par an

J'AI UNE HOSPITALISATION PROGRAMMEE (Y COMPRIS AMBULATOIRE)

Je bénéficie des garanties ci-dessous à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation

Page 7	Aide-ménagère	Jusqu'à 10h
Page 9	Prise en charge des ascendants dépendants (la venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 10	Prise en charge des enfants et des petits-enfants (la venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 15h

J'AI UNE HOSPITALISATION IMPREVUE (Y COMPRIS AMBULATOIRE)

Je bénéficie des garanties ci-dessous à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation

Page 7	Aide-ménagère	Jusqu'à 20h
Page 8	Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 8	Garde des animaux domestiques	Jusqu'à 30 jours
Page 9	Prise en charge des ascendants dépendants (la venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 10	Prise en charge des enfants et des petits-enfants (la venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 12	Venue d'un proche à mon chevet	Hébergement jusqu'à 2 nuits

JE SUIS IMMOBILISE DE MANIERE IMPREVUE PENDANT PLUS DE 5 JOURS

Je bénéficie des garanties ci-dessous dès le 1^{er} jour d'immobilisation

Page 7	Aide-ménagère	Jusqu'à 20h
Page 8	Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 8	Garde des animaux domestiques	Jusqu'à 30 jours
Page 9	Prise en charge des ascendants dépendants (la venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 10	Prise en charge des enfants et des petits-enfants (la venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 12	Venue d'un proche à mon chevet	Hébergement jusqu'à 2 nuits



JE SUIS UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT CONTRE LE CANCER (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie ou de curiethérapie)

Si mon enfant ou celui de mon conjoint (rattaché à notre foyer fiscal et vivant sous le même toit que nous) se trouve en situation de traitement contre le cancer ;

Je bénéficie des garanties ci-dessous sur toute la durée du protocole

<u>Page 7</u>	Aide-ménagère	Jusqu'à 30h
<u>Page 8</u>	Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires	2 fois par jour pendant 5 jours
<u>Page 10</u>	Prise en charge des enfants (la venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
<u>Page 11</u>	Soutien psychologique	5 entretiens téléphoniques

J'ACCOMPAGNE UN DE MES PROCHES DEPENDANTS

Je bénéficie des garanties ci-dessous

<u>Page 7</u>	Aide à la recherche de centres spécialisés	Par téléphone
<u>Page 7</u>	Aménagement de l'habitat	Par un ergothérapeute
<u>Page 8</u>	Formation aux gestes médicaux	2 interventions de 2h
<u>Page 11</u>	Recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire	Par téléphone
<u>Page 11</u>	Soutien psychologique	5 entretiens téléphoniques

En cas d'indisponibilité de l'aidant (hospitalisé, immobilisé ou s'il a besoin de répit, quelle que soit la durée)

<u>Page 8</u>	Auxiliaire de vie	Jusqu'à 10h
<u>Page 9</u>	Livraison de médicaments	Prise en charge de la livraison
<u>Page 11</u>	Téléassistance	2 mois d'abonnement
<u>Page 12</u>	Venue d'un proche à mon chevet	Prise en charge du transport

EN CAS DE DECES DE L'UN DES BENEFICIAIRES

Je bénéficie des garanties ci-dessous à compter de la date du décès

<u>Page 7</u>	Aide-ménagère	Jusqu'à 20h
<u>Page 8</u>	Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires	2 fois par jour pendant 5 jours
<u>Page 8</u>	Garde des animaux domestiques	Jusqu'à 30 jours
<u>Page 9</u>	Prise en charge des ascendants dépendants (la venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
<u>Page 10</u>	Prise en charge des enfants et des petits-enfants (la venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)	Garde à domicile jusqu'à 30h
<u>Page 11</u>	Soutien psychologique	5 entretiens téléphoniques



La description des garanties d'assistance

La description des garanties d'assistance présente le détail, les conditions et les limites des garanties. Pour connaître les prestations auxquelles vous avez le droit, référez-vous à votre situation dans la partie « [Les tableaux de garanties](#) » à la page 5.



Aide à la recherche de centres spécialisés

À la demande du bénéficiaire aidant, l'assistant met à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres spécialisés tels que : les maisons de retraite, les maisons de repos et de soins, les résidences service, les centres de soins, les centres spécialisés Alzheimer, ...

L'assistant lui communique la liste des **3 établissements** susceptibles de répondre au mieux à ses besoins, et fournit toute information nécessaire concernant les prix, les délais d'attente, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.



Aide-ménagère

L'assistant missionne un intervenant pour la réalisation des tâches ménagères courantes (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du bénéficiaire. Chaque intervention de l'intervenant dure au minimum 2 heures.

Plafond de l'Aide-ménagère :

ÉVÉNEMENTS	Hospitalisation programmée	Hospitalisation imprévue	Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	Jusqu'à 10h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 20h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 20h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 30h réparties pendant la durée du protocole médical	Jusqu'à 20h sur le mois suivant l'évènement

L'intervenant n'assure pas la fourniture du matériel nécessaire pour les tâches ménagères courantes.

A NOTER

Le cumul des garanties Aide-ménagère et Auxiliaire de vie ne pourra excéder **30 heures par évènement**.



Aménagement de l'habitat

Afin d'assurer le maintien à domicile du bénéficiaire, l'assistant prend en charge l'intervention d'un ergothérapeute. L'ergothérapeute évalue sur place les adaptations nécessaires au maintien à domicile (par exemple : aménagement de la douche, lit médicalisé, rampe d'accès, ...) et fait établir par des professionnels les devis des travaux à effectuer.

L'assistant ne prend pas en charge les coûts des travaux engagés, et n'est pas responsable du suivi et de la qualité des travaux.





Auxiliaire de vie

L'assistant met à votre disposition une auxiliaire de vie. Cette personne vous aide à accomplir les actes de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir). Chaque prestation dure au minimum 2 heures. Cette prestation peut être accordée dans la limite de **10h** sur le mois suivant l'évènement.



Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assistant prend en charge le trajet (aller ou retour) des enfants et des petits-enfants **2 fois par jour, dans la limite de 5 journées** suivant le mois suivant l'évènement ou durant la durée du protocole médicale en cas de traitement médical du cancer.



Formation aux gestes médicaux

L'assistant organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière spécialisée au domicile de l'aidant en présence de l'aidé **dans la limite de deux fois deux heures**.

L'intervention de l'infirmière spécialisée est destinée à former l'aidant aux gestes et aux pratiques à adopter dans les actes de la vie courante en fonction de la pathologie de l'aidé. L'intervenante forme également à l'utilisation des aides techniques (appareillages, matériels) et apporte des conseils sur la relation aidant/aidé. Si l'aidant a besoin d'heures de formation complémentaires, elles seront à la charge de ce dernier.



Garde des animaux domestiques

L'assistant prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement la garde de l'animal par un organisme professionnel. La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de la prestation de garde de l'animal. Elle est limitée à un forfait de **15€ par jour, pendant 30 jours** à compter du 1^{er} jour de l'évènement. La prestation est valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.



Informations médicales et sociales

L'assistant vous informe par téléphone sur toutes informations pertinentes de la vie courante. Voici les principaux domaines couverts et les éléments qui peuvent vous être communiqués :

- **Social et administratif** : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles vous pouvez prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap
- **Conseils médicaux** : le calendrier vaccinal, les maladies et les risques qui y sont liées, les médicaments et leurs effets secondaires, la prévention, la diététique, les structures médicales, les associations de malades, les problèmes d'alcool, de poids, le tabagisme, la préparation aux voyages, les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, le Sida, l'autisme, les allergies, le diabète, la paraplégie, la perte d'autonomie, les traitements et leurs effets secondaires

L'assistant vous oriente, si besoin, vers les organismes qualifiés.

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Lorsque l'assistant doit effectuer des recherches, il rappelle le bénéficiaire pour lui communiquer les informations attendues. En aucun cas les renseignements fournis ne font l'objet d'une confirmation écrite.



L'assistant ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire.

Les réponses apportées par l'assistant s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger.

Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales.



Livraison de médicaments

Vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer et vous avez besoin de médicaments. L'assistant prend en charge la commande et la livraison de vos médicaments prescrits par votre médecin traitant.

Les livraisons sont assurées du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h00.

Pour bénéficier du service de livraison :

- Votre domicile est situé en France métropolitaine à moins de 30 kilomètres (aller-retour) d'une pharmacie. Par dérogation le service ne peut être délivré sur le territoire Corse.
- Votre incapacité temporaire de déplacement est médicalement constatée.

Le coût des médicaments reste à votre charge.



Prise en charge des ascendants dépendants

Le bénéficiaire peut demander à l'assistant de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous.

- **La venue d'un proche pour la garde des ascendants** : l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant au domicile.
- **Ou le transfert chez un proche** : dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des ascendants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.
- **Ou la garde à domicile par un auxiliaire de vie** : dans le cas où un proche du bénéficiaire ne peut s'occuper de l'ascendant dépendant, l'assistant missionne un professionnel agréé pour le garder. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures, **limitée à 30 heures** sur le mois suivant l'évènement.

A NOTER

Les 3 garanties ci-dessus ne sont pas cumulables.





Prise en charge des enfants et des petits-enfants

Le bénéficiaire peut demander à l'assistant de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous.

- **La venue d'un proche** : l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire pour s'occuper des enfants, au domicile du bénéficiaire.
- **Ou le transfert des enfants** : dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des enfants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.
- **Ou la garde à domicile** : lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'assistant organise et missionne un intervenant autorisé pour garder les enfants. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures.

Pour les prestations qui concernent les enfants :

- La personne missionnée au domicile de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.
- Auxia Assistance intervient à la demande des parents. Auxia Assistance ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des enfants confiés.

Plafond de la Garde à domicile :

ÉVÉNEMENTS	Hospitalisation programmée	Hospitalisation imprévue	Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	Jusqu'à 15h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 30h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 30h sur le mois suivant l'évènement	Jusqu'à 30h réparties pendant la durée du protocole médical	Jusqu'à 30h sur le mois suivant l'évènement

A NOTER

Les 3 garanties ci-dessus ne sont pas cumulables.



Recherche de professionnels de santé

L'assistant peut assister les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants médicaux et paramédicaux (médecin généraliste, infirmière...).

Cette garantie s'applique quand les 2 conditions suivantes sont réunies :

- la situation ne relève pas d'une urgence médicale
- et le besoin s'exprime en dehors des heures d'ouverture des cabinets et pharmacies.

L'assistant propose au bénéficiaire **jusqu'à 5 coordonnées de professionnels** situés le plus près possible de son domicile.

Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.





Recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire

À la demande de l'aidant, l'assistant met à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres d'accueil temporaires tels que : les centres de court séjour, les centres d'accueil de jour. L'aidant sélectionne le centre qui lui convient et l'assistant organise le transport de l'ascendant dépendant vers cet établissement.

L'assistant ne prend pas en charge le coût de la prestation.



Soutien psychologique

Des psychologues cliniciens leur proposent un service d'écoute par téléphone.

Le bénéficiaire peut appeler librement **dans la limite du tableau ci-dessous**.

ÉVÉNEMENTS	Traitement médical du cancer	Solution de répit de l'aidant	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	5 entretiens téléphoniques réparties pendant la durée du protocole médical	5 entretiens téléphoniques par année civile	5 entretiens téléphoniques dans l'année qui suit l'évènement

Cette écoute n'est pas un travail de psychothérapie.

Lorsque vous le souhaitez, Auxia Assistance peut vous mettre en relation avec un psychologue proche de votre domicile. Les consultations sont alors à votre charge.



Téléassistance

L'assistant organise et prend en charge un service de téléassistance (sous réserve des disponibilités locales). La téléassistance est un service de plateforme téléphonique associée à un appareil de télécommunication spécial qui permet au bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son domicile, 24h/24, en actionnant une télécommande qu'il porte. La mise en place de la téléassistance est réalisée par une société partenaire de l'assistant. L'assistant prend en charge les frais d'installation et de maintenance du transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès (abonnement compris) au service.

Cette prestation est acquise pendant **2 mois maximum**. Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.



Transport vers un établissement de soins

Hors urgence médicale, l'assistant organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'assistant organise son retour au domicile par l'un de ces moyens.

Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.





Venue d'un proche à mon chevet

L'assistant organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche du bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour de l'événement provoquant la mise en œuvre de la garantie. La prestation est **limitée à 2 nuits, à concurrence de 100€ TTC par nuit**, petit déjeuner inclus.

Aucune autre solution d'hébergement que celle prévue ne sera prise en charge.

A NOTER

En cas d'indisponibilité de l'aidant, la garantie est limitée à l'organisation et la prise en charge du transport aller-retour uniquement.



Prise de contact

L'assistant communique par téléphone. Les prises de contact se font toujours à la demande du bénéficiaire et, dans certains cas, du bénéficiaire aidant.



Responsabilité

Auxia Assistance ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire.

Nos réponses s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger.

Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales.

Quand une mise en relation ou des coordonnées de professionnels ou de structures médicales sont proposées, cette proposition ne vaut pas recommandation d'Auxia Assistance. Elle se base sur le critère de la proximité du domicile.

Les garanties sont réalisées en tenant compte de la disponibilité et de la situation locale.



Les définitions

Accident	<p>L'événement soudain et imprévisible qui entraîne une blessure physique involontaire.</p> <p>Les maladies qui se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.</p>
Aidant	<p>L'Aidant est le bénéficiaire qui aide un proche en état de perte d'autonomie (l'Aidé) dans sa vie quotidienne de manière régulière et fréquente (au moins 1 fois par semaine).</p> <p>L'Aidant intervient à titre non professionnel. Il n'est pas rémunéré pour cette charge.</p>
Animaux domestiques	<p>Animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge.</p> <p>Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires, et sont identifiés (puçage, tatouage).</p> <p>Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural.</p>
Ascendant dépendant	<p>La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :</p> <p>Être parents, beaux-parents ou grands-parents du bénéficiaire (par filiation au sens de la législation française) ;</p> <p>Être atteint d'une dépendance médicalement constatée :</p> <ul style="list-style-type: none">- Soit en état d'invalidité- Soit en état de perte d'autonomie <p>La dépendance doit être consolidée.</p>
Bénéficiaire	<p>Les bénéficiaires sont toutes les personnes couvertes par le contrat principal santé.</p>
Besoin de répit	<p>État de l'Aidant le rendant momentanément incapable d'assumer sa charge.</p> <p>Il peut être consécutif à :</p> <ul style="list-style-type: none">- une maladie de l'aidant le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent bénéficiaire en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable,- une immobilisation imprévue de l'Aidant le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent bénéficiaire en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable,- un état d'épuisement psychologique et physique de l'Aidant justifiant un besoin de répit. <p>Cet état est évalué par l'assistant sur la base d'un entretien avec l'Aidant, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical et de prendre contact avec son médecin traitant.</p>
Chirurgie ambulatoire	<p>Acte chirurgical nécessitant une hospitalisation sans hébergement de nuit et permettant la sortie du patient le jour même de son admission.</p>
Conjoint	<ul style="list-style-type: none">- L'époux ou l'épouse du bénéficiaire non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e) ;- Ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité non dissout et non rompu ;- Ou le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec le bénéficiaire pendant une durée d'au moins deux ans ou ayant un enfant né de cette union. Le bénéficiaire et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.



Domicile	Lieu de la résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire, situé en France tel que présentée dans la définition de la territorialité ci-dessous.
Enfants et Petits-enfants	<p>Les enfants / petit-enfants du bénéficiaire et/ou de son conjoint, qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en œuvre des garanties, tel que définis au contrat principal santé du bénéficiaire.</p> <p>Les enfants / petit-enfants handicapés du bénéficiaire et/ou de son Conjoint sont considérés comme étant des « Enfants » au sens de la présente convention, sans limite d'âge.</p>
État de perte d'autonomie	<p>L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque la personne concernée justifie de l'APA ou est classée dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, - Le GIR 2 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des actes de la vie courante, ou une personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer, - Le GIR 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement, leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
Hospitalisation imprévue	Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou à une maladie. L'hospitalisation est prescrite en urgence par un médecin dans les 7 jours qui la précèdent.
Hospitalisation programmée	Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé ou toute hospitalisation à domicile, consécutif à une maladie ou un accident. L'hospitalisation est prescrite par un médecin, et le bénéficiaire en a connaissance plus de 7 jours avant le 1 ^{er} jour d'hospitalisation.
Immobilisation imprévue au domicile	<p>Toute incapacité à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie soudaine.</p> <p>L'incapacité est constatée par un médecin qui prescrit un repos à Domicile.</p> <p>Le bénéficiaire doit avoir connaissance de cette incapacité dans les 7 jours maximum précédent l'immobilisation.</p>
Incapacité	Est considéré en état d'incapacité, le bénéficiaire qui par suite d'un accident ou d'une maladie est dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle rémunérée. Cette impossibilité doit être médicalement constatée.
Maladie	L'altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
Proche	<p>Membres de la famille du bénéficiaire ou, à défaut, toute personne physique désignée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par le bénéficiaire, - Ou par l'un de ses ayants droits <ul style="list-style-type: none"> - Ou, à défaut, par l'assureur.
Territorialité	<p>Le bénéfice des garanties d'assistance est ouvert pour les sinistres survenus en France Métropolitaine (dont Corse, Principautés de Monaco, d'Andorre).</p> <p>Les outre-mer prises en compte au titre du présent contrat sont : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon.</p> <p>Les prestations seront fournies uniquement dans les territoires cités ci-dessus.</p>



Le cadre juridique

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'à la date à laquelle le contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis et ouvrant droit à la présente assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

Conditions restrictives d'application



Absence de responsabilité d'Auxia Assistance en cas de force majeure

Circonstances exceptionnelles

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de force majeure.

Subrogation

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne Bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

Déchéance des garanties



Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas de force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement de l'une des personnes concernées est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteuse pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement



Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre. Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.



Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux 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. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « 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 avec accusé de réception adressée 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. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- 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 (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les personnes physiques définies dans la partie « Définitions » des présentes conditions générales sont « les Personnes concernées ». Les Personnes concernées sont informées par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Personnes concernées peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les personnes concernées ;



- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des personnes concernées pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc...

Le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Personnes concernées sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des personnes concernées sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des personnes concernées venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Personnes concernées varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales d'AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à



caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Traitement des réclamations et demandes clients

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée :



par mail à l'adresse
info@auxia.com



Par courrier à l'adresse du service :
AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client – TSA 40100 – 78087 Yvelines CEDEX 9

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance :



Par courrier à l'adresse du service :
Le Médiateur de L'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris CEDEX 09



Par voie électronique :
www.mediation-assurance.org

La réclamation doit être envoyée dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.



Annexe le service de téléconsultation

MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – JANVIER 2025

L'objet de la téléconsultation

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un Service de téléconsultation médicale par visioconférence.

Les présentes Conditions générales d'utilisation définissent les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du **Service de téléconsultation médicale**.

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est une société du groupe Malakoff Humanis.

Le Service de téléconsultation médicale est accessible et délivré par l'Opérateur de services :

TBNO INVEST, SASU, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le N° 529 134 942 RCS Nanterre, dont le siège social sis Centre d'Affaires Alta Rocca Batc, : 137 Rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt.

Les Données personnelles de santé recueillies dans le cadre du présent Service sont hébergées par TBNO INVEST, SASU en France sur les serveurs HDS sécurisés de Cegedim.Cloud.



Mise en garde Le service de téléconsultation médicale ne constitue en aucun cas un service d'urgence. Toute situation d'urgence médicale doit conduire immédiatement le Bénéficiaire à contacter les numéros d'urgence tels que : **SAMU 15 ; Police Secours 17 ; Pompier 18 ou le 112.**

Avant de demander la mise en œuvre du service le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que son médecin traitant est absent ou indisponible. En effet, le service de téléconsultation est proposé uniquement en complément de la prise en charge et du suivi effectués par le médecin traitant ou les autres professionnels de santé en charge du Bénéficiaire.

Le Médecin téléconsultant peut, au cours de la téléconsultation, estimer que le service n'est pas adapté à la situation de ce dernier, en particulier lorsqu'un examen clinique avec présence physique du Bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le Bénéficiaire sera alors invité à consulter son médecin traitant ou à se rendre aux urgences.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que l'Opérateur de Service TBNO Invest n'effectue aucune vérification, validation ou contrôle sur l'exactitude, la cohérence, la qualité des données saisies par le Bénéficiaire, ni des décisions qu'il prend concernant sa santé.

En raison de la sensibilité des données de santé collectées et traitées dans le cadre du service, le Bénéficiaire est mis en garde sur la nécessité de veiller à la confidentialité de ses informations d'accès au service à l'égard de tiers.

Le bénéficiaire de la téléconsultation

« **Bénéficiaire** » désigne les assurés d'une entité qui bénéficient du contrat d'assistance Santé, incluant le service de Téléconsultation médicale, déclarés par cette entité auprès d'Auxia Assistance.



La description du service et des modalités

Conditions d'accès au Service



Accessibilité

Pour accéder au service, appelez le 09 86 86 00 67 pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence.

Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client.

Le Bénéficiaire pourra bénéficier d'une téléconsultation médicale auprès d'un Médecin généraliste par visioconférence dans un délai d'attente maximum de 60 minutes.

Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à 5 téléconsultations par année civile 7 jours sur 7 de 8h à 20h (GMT+2/GMT+1). Au-delà de cinq téléconsultations au cours d'une même année, le Service ne sera pas délivré.



Mise en œuvre du service lors d'un déplacement à l'étranger

Le service peut être accessible depuis l'étranger, selon la réglementation locale et aux horaires applicables en France métropolitaine.

Aucune prescription médicale n'est toutefois délivrée en dehors de l'Union Européenne.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante ni faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers.

Enfin, le Bénéficiaire est informé et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

A NOTER

Le service de téléconsultation vous permet aussi d'accéder rapidement à des téléconsultations avec des médecins spécialistes ou généralistes (plages horaires plus étendues et selon disponibilité). Ces consultations avec avance de frais sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées dans les conditions habituelles de votre contrat santé.

Précision sur le Bénéficiaire

L'accès au Service est réservé aux Bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique (tutelle ou curatelle), il est accompagné du mandataire judiciaire à la protection de majeurs.

Le Service est ouvert aux Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans s'ils sont accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Les outils nécessaires à l'utilisation du Service de téléconsultation

Le Service requiert :

- une adresse-mail personnelle,
- un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Précision sur l'usage

Le Service est strictement destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au profit d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée, ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de l'Assisteur ou de l'Opérateur du Service expose le Bénéficiaire à des poursuites.



L'Opérateur de Service s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Accès au service de téléconsultation médicale

L'accès au service se réalise de la manière suivante :

Le Bénéficiaire contacte le n° de téléphone communiqué dans le présent document. Un Serveur Vocal Interactif lui communique l'adresse du site internet sur lequel il devra se connecter.

Création et gestion du compte utilisateur sur le site

L'accès au Service nécessite l'ouverture d'un compte utilisateur.

Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur de téléconsultation en confirmant les données d'identification : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone et/ou adresse mail.

Le Bénéficiaire prend toutes les dispositions utiles pour accéder au Service par des modalités d'accès sécurisées (antivirus à jour, firewall ...) et s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification personnels à des tiers.

Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnaît :

- avoir pris connaissance et accepte expressément et sans réserve les présentes conditions générales d'utilisation,
- avoir pris connaissance et accepte la politique de protection des données personnelles du Service.

Précision sur les données saisies

Le Bénéficiaire communique ses données personnelles sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexactes, trompeuses, incomplètes ou périmées, Auxia Assistance se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins

Le Bénéficiaire fait une demande de rendez-vous avec un médecin généraliste téléconsultant. Le Bénéficiaire patiente dans une salle d'attente virtuelle et est mis en contact avec un médecin généraliste.

Les informations communiquées sont strictement indicatives. Elles ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par un diagnostic réalisé lors d'une consultation en physique.

Les informations tendent à être scientifiquement exactes, fiables et pertinentes au moment de leur diffusion. Néanmoins, l'Assisteur et l'Opérateur de service ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.



Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée par visioconférence.

A cette occasion, le Médecin généraliste téléconsultant pourra délivrer une Prescription médicale sous sa responsabilité et s'il l'estime approprié compte tenu de la situation du Bénéficiaire.

La Prescription médicale est accessible par le Bénéficiaire en téléchargement sous format PDF sur son compte utilisateur.

Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte-rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant.

A l'issue de la téléconsultation médicale, un compte-rendu est établi par le Médecin téléconsultant et déposé sur le compte utilisateur du Bénéficiaire.

Restrictions d'accès au service de téléconsultation



Les exclusions déjà prévues dans le contrat d'assistance d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation.

En plus de ces exclusions, les situations suivantes sont exclues du Service :

- Les situations d'urgence médicale,
- Les situations nécessitant un examen physique du bénéficiaire,
- Les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (inférieur à 7 jours),
- Les prescriptions de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officinales.

Dans de telles situations, le Professionnel de santé informe le Bénéficiaire et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

Informations complémentaires

Le Bénéficiaire est informé, que **son consentement sera systématiquement recueilli à chaque utilisation du Service**, que ce soit :

- la réalisation d'une téléconsultation en ce qu'elle constitue des actes de télémedecine,
- l'échange et le partage de ses données entre les Professionnels de santé participant à la fourniture du service de téléconsultation dans le cadre du Service, et appartenant à une équipe de soins,
- l'échange de ses données avec son médecin traitant, pour l'envoi de son compte-rendu de téléconsultation, le cas échéant.



Le Bénéficiaire est informé qu'à tout moment et gratuitement, il a la possibilité de retirer son consentement, selon les modalités suivantes :



par mail à l'adresse :
dpo@cegedim-sante.com



Par courrier à l'adresse du service :
CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Le cas échéant, le Bénéficiaire reconnaît en particulier qu'il ne pourra plus bénéficier du Service à compter du retrait de son consentement.



Les définitions

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation :

CGU	désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.
Contenu	désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.
Données de santé	désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des Données personnelles de santé.
Données personnelles	désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.
Médecin	désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, et missionné par l'Opérateur de Service pour la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.
Prescription médicale	désigne les formulations par le Médecin concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du code de la santé publique.
Professionnel de santé	désigne les Infirmier(e) diplômé d'Etat ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives.
Réglementation	désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Responsable de traitement	désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.
Service	désigne le service de téléconsultation médicale.
Site	désigne le Site Internet accessible permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.



Le cadre juridique

Responsabilité

Responsabilité du bénéficiaire

Le bénéficiaire demeure est pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du service - en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, l'Opérateur de Service n'est en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment sur les plans scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le bénéficiaire.

Le bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que l'Opérateur de Service n'intervient pas dans le cadre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service dans le respect des présentes CGU, des lois, Règlementation et droits des tiers ; de manière loyale et conformément à sa destination.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGU, la délivrance du Service au Bénéficiaire, pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement ou définitivement suspendue.

Responsabilité de l'opérateur de service et de l'assistant

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service s'engagent au titre d'une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU.

Responsabilité et déontologie des professionnels de santé

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé, en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donnent au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles.

Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. A ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

Force majeure

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service ne seront pas tenus responsables de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des événements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du Code civil.



Secret médical

Le bénéficiaire du service de téléconsultation acquiert la qualité de patient et l'ensemble des données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge sont soumises au secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et réglementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des données de santé à caractère personnel qui seront transmises par le Bénéficiaire aux Infirmier(e) diplômé d'Etat et Médecins du Service.

Les données de santé communiquées par le bénéficiaire sont destinées exclusivement :

- aux Infirmier(e) diplômé d'Etat ,
- aux Médecins,
- aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Protection des données à caractère personnel

Au regard de la Réglementation en matière de protection des Données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est Responsable de traitement au titre de la délivrance mise à disposition du Service de téléconsultation médicale, tel que décrit aux présentes ;
- TBNO Invest a la qualité de Responsable de traitement au titre de la délivrance réalisation des actes de téléconsultation médicale délivrés par les Professionnels de santé qu'elle salarie.

Le Service est destiné à permettre aux bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation susmentionnée.

Le bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. A défaut, le bénéficiaire ne pourra pas accéder au Site ni bénéficier du Service.

Le bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre du traitement de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de la création du compte.

L'attention du bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- à AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- aux chargés d'assistance spécifiquement habilités participant au Service de téléconsultation et dans le respect de leurs missions de gestion administrative ;
- aux membres du personnel des prestataires techniques et des sous-traitants de TBNO Invest spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ;
- aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).
- au personnel strictement habilité de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

L'Opérateur de Service garantit au bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le bénéficiaire est informé que conformément à l'article 17 du RGPD et afin de permettre à TBNO de se défendre en cas de litige, les données générées par l'utilisation des Services seront conservées dans un délai de 5 ans à



compter de la clôture du compte. En revanche, les données de santé du patient sont conservées pendant la durée demandée par le Responsable de Traitement.

Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, **dans le respect de l'anonymat du bénéficiaire.**

Conformément à la Règlementation, le bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des Données personnelles le concernant. Dans la limite des modalités légales, le bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort.

Le bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales.

Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits, directement auprès de l'Opérateur du Service :



par mail à l'adresse :
dpo@cegedim-sante.com



par courrier à l'adresse du service :
CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le bénéficiaire est invité à consulter la politique de protection des Données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le Site.

L'Opérateur de Service met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification,
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles,
- d'avertir l'Opérateur de Service de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service.

L'Opérateur de Service ne saurait être tenu responsable des contraintes techniques qui ne sont pas sous son contrôle et sa responsabilité.

Convention de preuve

Le bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des Données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.



En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur de Service, le bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur de Service dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le bénéficiaire est informé et reconnaît que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le bénéficiaire est informé et reconnaît que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin généraliste, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de Prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, et manifeste l'accord du Médecin généraliste en caractérisant sa preuve.

Documents contractuels

Les CGU ainsi que la politique de protection des Données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

Entrée en vigueur et acceptation des CGU

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter 1^{er} janvier 2024 et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que l'utilisation du Service emporte acceptation des présentes CGU et des règles d'accès au Site.

Le bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site ainsi que la politique de protection des Données personnelles associée.

Auxia Assistance et l'Opérateur de Service se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis.

Résiliation de l'accès au service de téléconsultation

Le bénéficiaire accepte que l'Opérateur de Service résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur. Sans limitation de ce qui précède, sont susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du bénéficiaire au Service de téléconsultation :

Les infractions ou violations des présentes CGU ;

- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;
- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif du bénéficiaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance du bénéficiaire lui permettant d'accéder au Service de téléconsultation médicale, l'accès au Service cessera à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance susvisé.

Une fois le Service résilié, le bénéficiaire conservera un accès au Site. Il pourra ainsi retrouver l'historique de son activité sur le Site dans la limite des délais de conservation (prise de rendez-vous, téléconsultation sans RDV, documents).



Information et réclamation

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service et aux présentes CGU doit être adressée par courrier postal à :

TBNO INVEST
137 rue d'Aguesseau
92100 Boulogne Billancourt

Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Loi applicable et attribution de juridiction

Tout litige relatif au Service sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.





AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des
assurances
21 rue Laffitte – 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris



DEUXIEMEAVIS.FR

CONDITIONS GENERALES DE SERVICES

Toute utilisation du Site www.deuxiemeavis.fr est soumise au préalable à la prise de connaissance et à l'acceptation expresse des présentes Conditions Générales de Services
(Mise à jour Août 2018)

1. Notice légale

1.1 Editeur du site

La Plateforme www.deuxiemeavis.fr est éditée par la société CARIANS - c/o Paris Santé Cochin - 29 rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 Paris – France, SAS au capital de 37.420 € enregistrée au RCS de Paris sous le numéro 803 657 717. Téléphone : 01 81 80 00 48 - Mail : contact@deuxiemeavis.fr

Directeur de la publication et responsable de la publication : Catherine Franc

1.2 Hébergeur / Prestataire technique

La Plateforme est hébergée en France par la société CLARANET, hébergeur agréé ou certifié de données de santé au sens des dispositions de l'article L 1111-8 CSP - 18-20 rue du Faubourg du Temple – 75011 Paris – France - medecin.hebergeur@fr.clara.net

2. Objet

Les Présentes Conditions Générales de Services ont pour objet de définir les droits et obligations de tout Utilisateur de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr, laquelle lui permet de solliciter un deuxième avis médical auprès d'un Médecin Expert du domaine thérapeutique concerné (ci-après le « Service »).

Le Service est un acte médical à distance qui permet à l'Utilisateur qui le souhaite de bénéficier d'un télé-conseil personnalisé à partir des informations communiquées par ses soins et sous sa responsabilité via l'environnement sécurisé de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr opérée par CARIANS.

La Plateforme www.deuxiemeavis.fr et le Service sont conçus et mis en œuvre dans le respect des dispositions de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de la collecte et du traitement de données à caractère personnel et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après la « Réglementation »).

En conséquence, les Utilisateurs étrangers acceptent de se soumettre expressément aux conditions définies au sein des présentes Conditions Générales de Services.

3. Définitions

Les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et l'exécution des présentes Conditions Générales de Services.

Conditions Générales de Services ou « CGS » : Les présentes Conditions Générales, destinées à encadrer au plan contractuel (i) l'utilisation par l'Utilisateur de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr mise à disposition par CARIANS au profit de l'Utilisateur et (ii) la délivrance du Service par le Médecin Expert à l'Utilisateur

Compte Utilisateur : Le compte créé par l'Utilisateur et permettant d'accéder à son espace privé et sécurisé recensant l'ensemble des informations et pièces médicales qui seront transmises au Médecin Expert par le biais de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr ainsi que l'intégralité des échanges avec le Médecin Expert mis en œuvre pour les besoins de la fourniture du Service.

Pré - Formulaire Pathologie : Le formulaire renseigné par l'Utilisateur lors de la création de son Compte ou en amont du Formulaire Pathologie contenant l'ensemble des informations nécessaires pour permettre à CARIANS de désigner, au nom et pour le compte de l'Utilisateur, le(s) Médecin(s) Expert(s) compétent(s) pour délivrer le Service à l'Utilisateur.

Formulaire Pathologie : Le Formulaire renseigné par l'Utilisateur permettant de communiquer des informations au(x) Médecin(s) Expert(s) sur son état de santé et sur la pathologie dont il est atteint aux fins d'obtenir de ce(s) dernier(s) la fourniture du Service.

Médecin(s) Expert(s) : Tous médecins experts ou services experts d'établissements de santé, préalablement référencés par CARIANS sur la base du volontariat et en fonction de critères objectifs pour délivrer le Service aux Utilisateurs par le biais de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr mise à disposition par CARIANS.

Utilisateur(s) : Toute personne physique utilisatrice de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr mise à disposition par CARIANS, patient ou représentant légal d'un patient, et sollicitant, par le biais de cette Plateforme, la fourniture d'un Service auprès d'un ou plusieurs Médecins Experts référencés au sein de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr.

Plateforme : La plateforme web éditée par la société CARIANS, accessible à l'adresse www.deuxiemeavis.fr, contenant des informations sur différentes pathologies graves et permettant aux Utilisateurs de solliciter auprès de Médecins Experts la fourniture d'un Service de deuxième avis médical sur une ou plusieurs pathologies. La Plateforme est hébergée en France par un hébergeur agréé ou certifié de données de santé au sens de l'article L 1111-8 CSP.

Service : Le service de deuxième avis médical fourni par le(s) Médecin(s) Expert(s) est une prestation médicale à distance permettant à tout Utilisateur patient de bénéficier d'un télé-conseil personnalisé auprès d'un Médecin Expert, sur la base des informations médicales qu'il aura mises en ligne au sein de l'environnement sécurisé de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr et que CARIANS transmettra, au nom et pour le compte de l'Utilisateur, au(x) Médecin(s) Expert(s).

Société : La société CARIANS est (i) éditrice au sens de la Loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique (dite « loi LCEN »), (ii) propriétaire de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr et (iii) le responsable du traitement de données à caractère personnel mis en œuvre au titre de l'utilisation de la Plateforme conformément à la Règlementation.

4. Documents contractuels

Les documents contractuels encadrant les conditions d'utilisation de la Plateforme et du Service sont constitués :

- Des présentes **CGS** encadrant l'utilisation de la Plateforme ;
- De la **notice d'information-consentement** qui est portée à la connaissance de l'Utilisateur et soumises à son acceptation à l'occasion de la création du Compte Utilisateur.

Si une disposition des présentes CGS était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des présentes.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGS ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGS.

5. Acceptation des Conditions Générales de Services

Tout Utilisateur s'engage à respecter inconditionnellement et intégralement les termes des présentes CGS suivant les modalités décrites ci-après.

L'utilisation de la Plateforme www.deuxiemeavis.fr nécessite l'acceptation expresse et préalable des présentes CGS qui se fait par un dispositif conforme d'acceptation en ligne lors de la création d'un Compte Utilisateur et après authentification de ce dernier.

Les présentes CGS entrent en vigueur sans réserve à compter de leur acceptation et s'appliquent durant toute la durée d'exécution du Service fourni par le Médecin Expert et de l'utilisation de la Plateforme.

De manière générale, l'attention de l'Utilisateur est attirée sur le fait que l'acceptation des présentes CGS emporte acceptation des règles d'accès à la Plateforme et de fourniture du Service.

L'Utilisateur est invité à lire attentivement les présentes CGS. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment au sein de son Compte Utilisateur accessible via la Plateforme.

Compte tenu des évolutions possibles de la Plateforme et de la réglementation, la Société se réserve toutefois le droit de modifier à tout moment les présentes CGS. Les nouvelles CGS seront, le cas échéant, portées à la connaissance de l'Utilisateur et soumises à son acceptation lors d'une demande de mise en œuvre du Service et seront applicables postérieurement à la modification.

En toutes hypothèses, le fait de continuer à utiliser la Plateforme après toute modification des CGS entraîne l'acceptation des modifications des CGS.

Enfin, la Société se réserve le droit de suspendre provisoirement ou définitivement l'accès à la Plateforme, sans délai, ni contrepartie de quelque nature que ce soit.

6. Service fourni par le(s) Médecin(s) Expert(s)

6.1 Description du Service

Le Service consiste en une prestation médicale, à distance, de téléconseil personnalisé rendue à l'Utilisateur par des Médecins Experts : le Service permet à l'Utilisateur de solliciter à distance et de manière sécurisée, par le biais de la Plateforme, un deuxième avis médical auprès d'un ou plusieurs Médecin(s) Expert(s) compétent(s). Le(s) Médecin(s) Expert(s) ainsi consulté(s) rendra son « avis médical » sur la base des pièces et informations médicales transmises par l'Utilisateur, par le biais de la Plateforme, au sein de son espace personnalisé.

Le Service ne prend pas en charge les situations d'urgence, ce dont est expressément informé l'Utilisateur lors de sa connexion sur la Plateforme.

Dans le respect de leurs obligations professionnelles et déontologiques, les Médecins Experts référencés sur la Plateforme délivrent aux Utilisateurs un deuxième avis médical sur la base de l'ensemble des pièces et informations médicales que ces derniers auront téléchargées sur la Plateforme et qui seront transmises, en leur nom et pour leur compte, par le biais de la Plateforme au(x) Médecin(s) Expert(s).

En aucun cas, le Service rendu au bénéfice de l'Utilisateur ne se substitue en tout ou partie, à un diagnostic réalisé par un médecin après examen clinique physique.

En effet, le Service est délivré par le Médecin Expert à l'Utilisateur sur la stricte et seule base des informations et pièces transmises par l'Utilisateur, par l'intermédiaire de la Plateforme, à l'exclusion de tout examen clinique physique.

Après avoir créé son Compte Utilisateur, l'Utilisateur pourra :

1. renseigner le Pré-Formulaire Pathologie mis à sa disposition, par la Société, au sein de la Plateforme ;
2. renseigner le Formulaire Pathologie mis à sa disposition, par la Société, au sein de la Plateforme ;
3. télécharger l'ensemble des pièces médicales qu'il souhaite transmettre au(x) Médecin(s) Expert(s), par l'intermédiaire de la Plateforme ;
4. sélectionner le(s) Médecin(s) Expert(s) ou choisir de laisser la Société sélectionner, en son nom et pour son compte, le(s) Médecin(s) Expert(s) compétents dans l'aire thérapeutique concernée par sa demande.

L'Utilisateur est informé, par la Société, de la prise en charge de sa demande par un Médecin Expert par l'envoi d'un email à l'adresse qu'il aura renseignée lors de son inscription. Le délai dans lequel le Médecin Expert fournira le Service à l'Utilisateur sera mentionné au sein de cet email lui notifiant la prise en charge de sa demande.

6.2 Tarifs et modalités de paiement

La fourniture du Service par le(s) Médecin(s) Expert(s) à destination de l'Utilisateur est pris en charge en France par les complémentaires santé (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance), par les branches professionnelles ou les entreprises dans le cadre des partenariats mis en place par la société CARIANS. L'Utilisateur n'a pas besoin d'avancer les frais, le coût du Service étant ainsi pris en charge.

Pour les patients de l'étranger, la fourniture du Service par le(s) Médecin(s) Expert(s) à destination de l'Utilisateur est payante.

Les honoraires dus par l'Utilisateur ou sa complémentaire santé au(x) Médecin(s) Expert(s) en contrepartie du Service fourni par ce dernier seront facturés par la Société, au nom et pour le compte du (des) Médecin(s) Expert(s), en vertu d'un mandat de facturation. Ce(s) dernier(s) restera(ont) cependant responsable(s) de ses(leurs) obligations en matière de facturation dans sa (leur) relation avec l'Utilisateur (la Société ne prenant en charge que l'aspect matériel de l'émission de la facture). La Société assurera également l'encaissement, au nom et pour le compte du (des) Médecin(s) Expert(s), du prix du Service dû par l'Utilisateur ou sa complémentaire santé, en vertu d'un mandat d'encaissement.

L'Utilisateur procède au paiement du Service, par saisie d'un code de prise en charge délivré par sa complémentaire santé ou, pour les patients de l'étranger, par un paiement en ligne par carte bancaire (CB, Visa, MasterCard). Le règlement du Service intervient avant et conditionne la délivrance du Service par le(s) Médecin(s) Expert(s).

L'attention de l'Utilisateur est attirée sur le fait que les transactions financières effectuées au sein de la Plateforme sont confiées à une plateforme de paiement en ligne sécurisée.

A l'issue du paiement, l'Utilisateur recevra sur l'adresse mail qu'il aura renseignée lors de son inscription un email récapitulatif de l'opération et précisant, notamment, le(s) Médecin(s) Expert(s) choisis par l'Utilisateur ou désignés par la Société sur demande expresse de l'Utilisateur.

L'UTILISATEUR EST INFORME QU'IL DOIT ETRE TITULAIRE DE LA CARTE BANCAIRE UTILISEE POUR LE PAIEMENT OU A DEFAUT ETRE DUMENT AUTORISE A L'UTILISER POUR PROCEDER AU REGLEMENT DE SA FACTURE.

IL GARANTIT LA SOCIETE QU'IL REMPLIT BIEN L'ENSEMBLE DES CONDITIONS D'ACCES, D'UTILISATION ET DE VENTE ET QUE LE COMPTE BANCAIRE ASSOCIE AU MOYEN DE PAIEMENT UTILISE POUR REGLER SA FACTURE EST SUFFISAMMENT APPROVISIONNE POUR SATISFAIRE A SON OBLIGATION DE PAIEMENT.

6.3 Déontologie et Obligations du Médecin Expert

Le Médecin Expert s'engage, dans le cadre de la réalisation du Service, à respecter l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de sa profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie et interprétées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. A ce titre, le Médecin Expert s'engage notamment à respecter :

- les obligations d'information dont il est redevable à l'égard de chacun des Utilisateurs qui l'interrogent en application des articles L.1111-2, L.1111-3 et L.1111-4 du Code de la santé publique ;
- le secret le plus absolu sur les informations de santé et relatives à la vie privée des Utilisateurs bénéficiaires du Service, parvenues à sa connaissance par le biais de la Plateforme, et ce conformément à ses obligations légales, réglementaires et déontologiques telles qu'elles résultent des articles L 1110-4, L 1110-12, R 1110-1 et suivants du Code de la santé publique, 226-13 du Code Pénal et du Code de déontologie ;
- le principe d'indépendance et du libre choix du patient ;
- le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

Ainsi, l'Utilisateur est mis en mesure de s'opposer, et ce à tout moment, à l'accès du Médecin aux informations le concernant.

De même, l'accès du Médecin Expert au dossier médical et aux données de santé de l'Utilisateur est subordonné au respect par le Médecin Expert d'une procédure d'authentification forte.

Le Médecin Expert ne communique en aucun cas, directement ou indirectement, hors de l'équipe de soins, l'une quelconque des informations concernant l'Utilisateur et soumise à la protection du secret médical, à tout tiers non autorisé.

6.4 Mise en garde

L'UTILISATEUR SERA SEUL RESPONSABLE DE L'EXACTITUDE, DE LA COHERENCE ET DE L'EXHAUSTIVITE DES DONNEES ET PIECES MEDICALES QU'IL AURA COMMUNIQUEES DANS SON ESPACE PERSONNEL ET QUI AURONT ETE TRANSMISES AU MEDECIN EXPERT, EN SON NOM ET POUR SON COMPTE, PAR LA SOCIETE.

EN AUCUN CAS, LE MEDECIN EXPERT NE SERA EN MESURE D'EFFECTUER DES VERIFICATIONS OU DES CONTROLES D'EXACTITUDE ET D'EXHAUSTIVITE DES DONNEES SAISIES PAR L'UTILISATEUR. DES LORS, LA RESPONSABILITE DU MEDECIN EXPERT NE POURRA EN AUCUN CAS ETRE ENGAGEE DANS L'HYPOTHESE OU L'AVIS MEDICAL RENDU PAR CE DERNIER SERAIT ERRONE DU FAIT DE LA COMMUNICATION, PAR L'UTILISATEUR PATIENT OU MEDECIN, DE DONNEES INCOMPLETES, INSUFFISANTES, TRONQUEES, MODIFIEES OU ERRONEES.

DANS LA MESURE OU L'AVIS RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT DANS LE CADRE DU SERVICE RENDU A L'UTILISATEUR NE REPOSE SUR AUCUN EXAMEN MEDICAL CLINIQUE PHYSIQUE DU PATIENT MAIS SUR LES SEULES INFORMATIONS ET PIECES MEDICALES QUE L'UTILISATEUR AURA COMMUNIQUEES :

- AUCUN CONSEIL MEDICAL DONNE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE A L'UTILISATEUR PATIENT NE DOIT ETRE NEGLIGE OU RETARDE DU FAIT D'UN AVIS RENDU PAR UN MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE ;
- L'AVIS RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE NE SE SUBSTITUE PAS A L'AVIS DE L'UTILISATEUR MEDECIN SUR L'ETAT DE SANTE DE SON PATIENT, APRES EXAMEN MEDICAL CLINIQUE.

L'UTILISATEUR PATIENT RECONNAIT QU'IL PREND SEUL LES DECISIONS CONCERNANT SA SANTE AU REGARD DES INFORMATIONS ET DES PRECONISATIONS FOURNIES PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE HABITUELLEMENT EN CHARGE DE SON SUIVI, NONOBTANT L'AVIS QUI LUI EST RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE. IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR DE VERIFIER PREALABLEMENT L'ADEQUATION DES SERVICES A SES BESOINS.

TOUTE SITUATION D'URGENCE MEDICALE DOIT CONDUIRE L'UTILISATEUR PATIENT A CONTACTER IMMEDIATEMENT LES SERVICES D'URGENCE COMPETENTS ET/OU SON MEDECIN TRAITANT OU MEDECIN SPECIALISTE QUI LE SUIVIT POUR SA PATHOLOGIE.

6.5 Pharmacovigilance

Il incombe aux Médecins Experts de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 dont ils ont connaissance.

Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent signaler tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionnés au même article L. 5121-1 dont ils ont connaissance.

La déclaration d'un effet indésirable peut être effectuée :

- sur le site de l'**Agence Nationale de Sécurité du Médicament** (ANSM) : [lien vers la page du site de l'ANSM dédiée à la déclaration des Professionnels de santé](#) ; à la [déclaration des patients](#) ;
- auprès du **Centre régional de pharmacovigilance** (CRVP) du ressort géographique du déclarant : [lien vers la page du site de l'ANSM recensant les CRVP](#) ;

De manière générale, tout événement sanitaire indésirable en ce compris les effets indésirables suspectés d'être dû à un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 peut être fait sur le site « signalement-sante.gouv.fr », depuis le 13 mars 2017.

6.6 Droit de rétractation

L'Utilisateur est informé que le droit de rétractation n'est pas applicable au Service de téléconseil en raison de son objet et de ses modalités de délivrance, conformément à la réglementation en vigueur.

7. Plateforme www.deuxiemeavis.fr mise à disposition par la Société

7.1 Conditions d'accès et d'utilisation de la Plateforme [deuxiemeavis.fr](http://www.deuxiemeavis.fr)

L'accès à la Plateforme et au Service est soumis aux présentes CGS et plus généralement à la Réglementation et à la loi française.

L'Utilisateur garantit qu'il a le droit d'utiliser la Plateforme et le Service au regard de sa réglementation locale.

L'accès à la Plateforme, à son Contenu et au Service est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans. Tout Utilisateur déclare et garantit avoir 18 ans révolus. Pour toute fourniture des Services à un mineur, l'accès à la Plateforme est nécessairement effectué et mis en œuvre par son(ses) représentant(s) légal(aux). En l'absence de possibilité technique permettant d'authentifier l'âge des Utilisateurs, il incombe à chaque Utilisateur de mettre en œuvre les dispositifs de sécurité adéquats permettant une protection et une restriction d'accès des mineurs à son Compte personnel et aux Services.

Les Utilisateurs ne peuvent utiliser le Service de la Plateforme à d'autres fins que pour leur destination définie aux présentes CGS, et notamment, s'interdisent d'utiliser la Plateforme pour assurer la promotion d'un produit, d'un service, d'un établissement de santé, d'un professionnel de santé ou d'une pharmacie ou de manière générale à toute fin publicitaire ou promotionnelle ou professionnelle.

Le Service est destiné à l'usage personnel des Utilisateurs et ne peut pas être utilisé au bénéfice d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée ne peuvent pas en tant que tels devenir Utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de la Société expose l'Utilisateur à des poursuites.

L'Utilisateur reconnaît qu'il accède à une Plateforme aux modalités d'accès sécurisées. Il s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification à des tiers.

7.2 Compte Utilisateur

7.2.1 Modalités de création d'un Compte Utilisateur

Toute demande de deuxième avis médical, par le biais de la Plateforme, nécessite obligatoirement au préalable la création d'un Compte Utilisateur sur la Plateforme. L'Utilisateur crée son Compte Utilisateur en renseignant le formulaire qui lui est proposé pour ses données d'identification sur la Plateforme accessible depuis tout support informatique connecté à internet.

Lors de la création du Compte Utilisateur, l'Utilisateur saisit les données qui permettent son identification sous ses entières responsabilités, contrôles et directions et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexactes, trompeuses, incomplètes ou périmées, la Société se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès de l'Utilisateur, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie de la Plateforme et du Service.

Lorsque l'Utilisateur dépose une demande en sa qualité de représentant légal, il s'engage à accompagner la demande d'un justificatif de sa qualité de représentant légal (en téléchargeant la copie d'un document officiel).

Le Compte Utilisateur lui est strictement personnel et lui permet :

- d'y renseigner, de façon sécurisée, par l'ensemble des formulaires mis à sa disposition, l'ensemble des informations médicales le concernant aux fins de transmissions, en son nom et pour son compte, au(x) Médecin(s) Expert(s) compétent(s) ;
- de télécharger de façon sécurisée l'ensemble des documents ou pièces médicales le concernant, en son nom et pour son compte, au(x) Médecin(s) Expert(s) compétent(s) ;
- d'accéder aux données qu'il aura renseignées dans les Pré-Formulaires et Formulaires Pathologie, aux documents qui auront été transmis, en son nom et pour son compte, au(x) Médecin(s) Expert(s) ainsi qu'à l'intégralité de ses échanges avec le(s) Médecin(s) Expert(s).

L'Utilisateur reconnaît et accepte que l'intégralité des frais de connexion au réseau internet reste à sa charge exclusive.

7.2.2 Mot de passe et identifiant et authentification

Chaque Utilisateur bénéficie d'un accès au Compte Utilisateur. A ce titre, lors de la création d'un Compte Utilisateur, l'Utilisateur renseigne un login et un mot de passe, uniques et personnels, permettant d'accéder au Compte Utilisateur.

La connexion au Compte Utilisateur repose sur un système d'authentification fiable et sécurisé. Lors de chaque connexion au Compte Utilisateur, l'Utilisateur s'authentifie par l'intermédiaire :

- D'un login correspondant à son adresse email ;
- D'un code utilisateur qui lui est remis, le cas échéant ;
- D'un mot de passe conforme aux exigences de sécurité requises, composé de 8 caractères au minimum et de 25 au maximum et comprenant des majuscules, des minuscules, des chiffres et/ou des caractères spéciaux ;
- Les Utilisateurs s'identifient également par le biais d'un code OTP valide 3 heures.

Le Compte Utilisateur sera bloqué au bout de 3 tentatives de connexion consécutives infructueuses.

L'identification de l'Utilisateur au moyen de son adresse e-mail et, le cas échéant du code utilisateur qui lui est remis, associés aux modalités d'authentification décrites ci-dessus, mis en œuvre dans le cadre de son accès à son Compte Utilisateur, vaut de manière irréfragable imputabilité à l'Utilisateur des opérations effectuées au moyen de ces identifiants et dispositif d'authentification, dans les conditions définies à l'article « Convention de preuve » des présentes Conditions Générales de Services.

L'Utilisateur reconnaît qu'il est seul responsable de l'usage qu'il fait de ses identifiants et authentifiant. L'Utilisateur s'engage, de manière générale, à prendre toutes mesures utiles pour assurer la parfaite confidentialité de ses identifiants et authentifiant et s'engage à ne pas les communiquer, céder ou mettre à la disposition, d'un tiers,.

En cas de perte ou de vol de ses identifiants et authentifiant, l'Utilisateur s'engage à en informer sans délai le Délégué à la Protection des Données de la Société, par mail à l'adresse suivante : privacy@carians.fr.

L'opposition notifiée par l'Utilisateur en cas de perte ou de vol de ses identifiants et authentifiant prendra effet immédiatement à compter de cette notification. Une procédure de réinitialisation est mise à disposition de l'Utilisateur qui sera redirigé vers une interface lui permettant de saisir un nouveau mot de passe.

En outre, l'Utilisateur pourra, à tout moment, demander à la Société, la modification de son mot de passe et ce, plus particulièrement s'il suspecte une utilisation par un tiers non autorisé de son mot de passe et/ou login. Pour ce faire, l'Utilisateur devra procéder à une demande auprès du Délégué à la Protection des Données de la Société, par mail à l'adresse suivante : privacy@carians.fr. Le mot de passe et le login existant seront désactivés et un nouveau mot de passe et login provisoires seront adressés à l'Utilisateur par la Société, dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, un dispositif technique vous impose un renouvellement de votre mot de passe tous les six mois à partir de votre première connexion, conformément aux recommandations de la CNIL.

Le cas échéant, la Société s'engage à notifier à l'Utilisateur la violation de son mot de passe dans un délai n'excédant pas les 72 heures conformément aux recommandations de la CNIL. L'Utilisateur sera alors tenu de modifier son mot de passe dès la connexion suivante.

En raison de la nature sensible des données contenues dans son espace personnalisé, l'Utilisateur pour accéder à certaines informations ou documents devra utiliser un système d'authentification par OTP consistant à renseigner dans un champ prévu à cet effet le code qui lui aura été adressé par la Société par email ou par sms.

7.2.3 Clôture du Compte Utilisateur

La Société se réserve la possibilité de clôturer tout Compte Utilisateur et de refuser en conséquence tout accès de l'Utilisateur au Service et à la Plateforme dans les cas suivants :

- non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- tentative de connexion non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- toute utilisation abusive, déloyale, fantaisiste ou frauduleuse du Service ou non respectueuse de l'une quelconque des obligations de l'Utilisateur définies aux Conditions Générales de Services ;
- un empêchement définitif.

À tout moment, l'Utilisateur a la possibilité de clôturer le Compte Utilisateur en adressant une demande au Délégué à la Protection des Données de la Société à l'adresse électronique suivante : privacy@carians.fr.

L'Utilisateur reconnaît et accepte que la résiliation de son Compte Utilisateur n'entraîne pas la suppression automatique des données à caractère personnel le concernant et, le cas échéant, la personne qu'il représente. Elles seront archivées, dans le respect des exigences posées par la Réglementation, ce que l'Utilisateur accepte expressément.

L'Utilisateur est informé que la Société et le(s) Médecin(s) Expert(s) pourront conserver ledit avis, les données qu'il a communiquées et les échanges qui sont intervenus avec le(s) Médecin(s) Expert(s) aux fins de répondre à leurs obligations légales et réglementaires respectives.

Une fois que le Service lui aura été délivré par le Médecin Expert, l'Utilisateur disposera d'un délai de quinze (15) jours à compter de la date de sa mise à disposition au sein de son Compte Utilisateur pour télécharger le rapport du Médecin Expert. A l'issue de ce délai, le Compte Utilisateur sera clôturé.

7.3 Souscription

7.4.1 Tarifs et modalités de paiement

Le prix du Service ne comprend pas les coûts, restant à la charge de l'Utilisateur, relatifs aux communications téléphoniques ou électroniques nécessaires à l'accès à la Plateforme et au Service.

La Société émettra une facture au titre de l'utilisation de la Plateforme. L'Utilisateur accepte de recevoir sa facture par voie dématérialisée, directement mise à sa disposition dans son Compte Utilisateur.

Le règlement de l'utilisation de la Plateforme intervient avant et conditionne la délivrance du Service par le(s) Médecin(s) Expert(s).

a. Utilisateur en France

L'utilisation de la Plateforme par l'Utilisateur est prise en charge en France par les complémentaires santé (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance) et par les branches professionnelles et les entreprises dans le cadre des partenariats que la Société met en place.

L'Utilisateur procède au paiement de l'utilisation de la Plateforme par saisie d'un code de prise en charge délivré par l'organisme qui prend en charge le coût du Service.

b. Utilisateur à l'étranger

Pour les patients de l'étranger francophone, l'utilisation de la Plateforme par l'Utilisateur est payante : le prix du Service est indiqué en euros (€) toutes taxes comprises. Le prix est ferme et définitif. La commande de l'utilisateur est matérialisée par son paiement en ligne.

L'Utilisateur procède au paiement de l'utilisation de la Plateforme par carte bancaire (CB, Visa, MasterCard). L'Utilisateur est informé qu'il doit être titulaire de la carte bancaire utilisée pour le paiement de sa commande ou à défaut être dûment autorisé à l'utiliser pour procéder au règlement de sa commande.

Les transactions financières effectuées au sein de la Plateforme sont confiées à une plateforme de paiement en ligne sécurisée PAYBOX/BNP. L'Utilisateur doit indiquer le numéro de sa carte, sa date de validité et les trois chiffres du cryptogramme figurant au dos de celle-ci, directement dans la zone prévue à cet effet. Les données de paiement sont cryptées puis transmises vers la banque, en toute confidentialité. Elles sont rendues inaccessibles à un tiers.

La Société ne stocke directement aucune donnée bancaire. Les données relatives aux cartes bancaires sont utilisées uniquement dans le cadre de la transaction. Tout paiement en ligne implique un débit immédiat. Seul le règlement complet permet l'accès aux Services. A l'issue du paiement, l'Utilisateur recevra sur l'adresse mail qu'il aura renseignée lors de son inscription un email récapitulatif de l'opération.

La fourniture en ligne du numéro de carte bancaire et la validation finale de la commande valent preuve de l'intégralité de ladite commande conformément aux articles 1366 et suivants du Code Civil et vaudront exigibilité des sommes engagées pour la fourniture du Service.

Cette validation vaut signature et acceptation expresse des opérations bancaires effectuées dans le cadre de la Plateforme. Toutefois, en cas d'utilisation frauduleuse de sa carte bancaire, l'Utilisateur est invité, dès le constat de cette utilisation, à contacter le Délégué à la Protection des Données de la Société à l'adresse suivante : privacy@carians.fr.

Les registres informatisés conservés dans la Plateforme, seront considérés comme des preuves des communications, des commandes et des paiements intervenus entre l'Utilisateur et la Société. L'archivage des bons de commande et des factures est effectué sur un support fiable et durable de manière à correspondre à une copie fidèle et durable conformément à l'article 1379 du Code Civil.

7.5 Information et recueil du consentement de l'Utilisateur

L'utilisation de la Plateforme, et par conséquent, l'accès au Service, ne sera possible que si l'Utilisateur a préalablement pris connaissance et accepté la notice d'information et de recueil de consentement (<https://patient.deuxiemeavis.fr/demande>) qui lui aura été soumise sur la Plateforme lors du Pré-Formulaire Pathologie et validé les présentes CGS.

L'Utilisateur est informé que la notice d'information et de consentement comprend deux hypothèses possibles de dépôt d'une demande de deuxième avis :

- Le dépôt d'une demande pour son propre compte,
- Le dépôt d'une demande pour le compte de son enfant mineur ou de la personne placée sous sa tutelle.

Il appartient à ce titre à l'Utilisateur de sélectionner la notice d'information et de consentement adaptée à la situation dans le cadre de laquelle il dépose la demande. Elle a lieu préalablement à la mise en œuvre du Service puis est ensuite mise à disposition de l'Utilisateur sur la Plateforme de façon qu'il puisse y accéder à tout moment.

Après avoir pris connaissance des informations sur les modalités de délivrance du Service et de traitement et de collecte de ses données de santé, son consentement exprès, préalable, éclairé et actif est collecté lors de la création du Compte Utilisateur, au titre de :

- La collecte et le traitement de ses données de santé à caractère personnel, pour bénéficier du Service ;
- L'acceptation des présentes CGS ;
- L'échange de ses données entre le(s) Médecin(s) Expert(s) et son médecin traitant, le cas échéant.

L'expression du consentement de l'Utilisateur est notamment matérialisée par le cochage d'une case spécifique associée à une convention de preuve par ce dernier lors du remplissage du Pré-Formulaire Pathologie.

L'Utilisateur est informé qu'il a la possibilité, à tout moment et gratuitement, de retirer son consentement en contactant le Délégué à la Protection des Données de la Société à l'adresse suivante : privacy@carians.fr. Dans ce cas, l'Utilisateur reconnaît et accepte qu'il ne pourra plus accéder à la Plateforme ni bénéficier du Service.

7.6 Les champs libres et messagerie interne

A l'instar d'un système de notes simples, un espace de champ libre sécurisé est mis à la disposition des Utilisateurs pour leur permettre d'y inscrire leurs commentaires, de préciser leur demande en lien avec leur demande de deuxième avis.

Afin de communiquer avec le(s) Médecin(s) expert(s) participant au Service, une messagerie interne sécurisée est mise à disposition des Utilisateurs. Elle permet notamment au(x) Médecin(s) expert(s) de demander à l'Utilisateur :

- Des informations complémentaires ;
- De nouveaux documents ;
- La mise à jour de documents incomplets ou illisibles.

Les espaces de champs libres et la messagerie internes sont strictement confidentiels.

De manière générale, l'Utilisateur s'engage à utiliser les champs libres et la messagerie interne avec des contenus conformes aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. En particulier, l'Utilisateur s'interdit de :

- noter des informations contraires à l'ordre public ou aux bonnes mœurs ;
- noter des propos diffamatoires, abusifs, harcelants, ou menaçant quiconque, ou en violation des droits d'autrui ;
- faire l'apologie des crimes contre l'humanité, d'inciter à la haine raciale ou la pédophilie ;
- se créer une fausse identité ou usurper l'identité d'un tiers ;
- détourner la finalité des champs libres pour faire de la propagande ou du prosélytisme, de la prospection ou du racolage ;

- noter des informations à caractère commercial, publicitaire ou constituant de la propagande en faveur du tabac, de l'alcool, ou de toute autre substance, produit ou service réglementé, notamment de médicaments, de dispositifs médicaux ou de professionnels de santé ou établissements de santé ;
- noter des contenus contrevenant aux droits de la personnalité de tiers ;
- de transmettre tout message contenant des virus informatiques ou tout autre code, dossier ou programme conçus notamment pour interrompre, détruire ou limiter la fonctionnalité notamment de tout logiciel, ordinateur, ou outil de télécommunication.

La Société pourra être amenée à prendre des mesures sur tout signalement d'un Utilisateur, notifié dans les formes légales en vigueur, relatif à un commentaire non conforme aux dispositions listées ci-dessus ou dont le contenu porte atteinte aux droits de tiers.

NI LES CHAMPS LIBRES, NI LA MESSAGERIE INTERNE NE PERMETTENT DE :

- BENEFCIER/DELIVRER DES TELECONSULTATIONS MEDICALES AU SENS DE L'ARTICLE L.6316-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : L'UTILISATEUR RECONNAIT QUE LE SERVICE NE PERMET EN AUCUN CAS LA REALISATION DE DIAGNOSTIC OU DE PRESCRIPTION OU LA PRISE EN CHARGE MEDICALE A DISTANCE ET NE CONSTITUENT NI DIRECTEMENT, NI INDIRECTEMENT UNE CONSULTATION MEDICALE ;
- DE BENEFCIER/REALISER DE LA TELESURVEILLANCE MEDICALE AU SENS DE L'ARTICLE L.6316-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : LA PLATEFORME N'EST PAS UN OUTIL DE SUIVI DES INFORMATIONS MEDICALES DES UTILISATEURS. EN AUCUN CAS, LES INFORMATIONS ACCESSIBLES VIA LA PLATEFORME NE PERMETTENT AU(x) MEDECIN(S) EXPERT(S) DE PROCEDER A DE LA TELESURVEILLANCE MEDICALE DES UTILISATEURS A DISTANCE ;
- BENEFCIER/DELIVRER UN ACTE DE TELEMEDECINE / TELECONSULTATION / TELESURVEILLANCE AU SENS AU SENS DE L'ARTICLE L.6316-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, NI NE QUALIFIE UN DISPOSITIF MEDICAL ;
- DE PRENDRE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE : LE CAS ECHEANT, IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR D'APPELER LES URGENCES, DE SE RENDRE AUX SERVICES D'URGENCE, DE CONTACTER DIRECTEMENT SON MEDECIN TRAITANT OU TOUT AUTRE SPECIALISTE COMPETENT.

L'UTILISATEUR EST INFORME QU'IL UTILISE LES CHAMPS LIBRES ET LA MESSAGERIE INTERNE MIS A SA DISPOSITION AU SEIN DE LA PLATEFORME SOUS SA SEULE ET ENTIERE RESPONSABILITE. LA SOCIETE ASSUME LA SEULE RESPONSABILITE D'UN INTERMEDIAIRE TECHNIQUE DEFINIE A L'ARTICLE 6 I 2 DE LA LOI POUR LA CONFIANCE DANS L'ECONOMIE NUMERIQUE.

7.7 Mise en garde

De manière générale, la préservation de la sécurité d'un Compte personnel impose aux Utilisateurs :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification ;
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre Utilisateur, ni chercher à connaître ces informations ;
- de garder strictement confidentiels ses éléments d'authentification et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles ;
- d'avertir la Société de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte, telle que les intrusions.

Notamment, il appartient à l'Utilisateur de prendre toutes les mesures appropriées de façon à protéger ses propres données et matériels de la contamination par des virus ou autres formes d'attaques circulant éventuellement via la Plateforme.

Même si la Société met en œuvre tous les moyens utiles et nécessaires à la sécurité des échanges avec les Utilisateurs via la Plateforme, tout Utilisateur déclare être informé du défaut de fiabilité du réseau Internet,

tout spécialement en termes de continuité non garantie dans l'accès à la Plateforme, de performances non garanties en termes de volume et de rapidité de transmission des données et de propagation de virus.

En aucun cas, la Société ne saurait être tenue responsable de ces risques et de leurs conséquences préjudiciables, quelle qu'en soit l'étendue, pour l'Utilisateur.

Enfin, l'Utilisateur est informé et reconnaît que toutes les opérations qu'il effectue dans le cadre de la Plateforme sont tracées.

8. Convention de preuve

Les registres informatisés conservés dans les systèmes informatiques de la Société dans le cadre d'un système de cryptage seront considérés comme les preuves des communications et des différentes transmissions d'écrits et de documents électroniques entre les Utilisateurs et la Plateforme, et la Société.

L'Utilisateur reconnaît et accepte, qu'après son authentification au sein de l'espace qui lui est réservé sur la Plateforme, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil, et manifeste son consentement en caractérisant sa preuve : l'acceptation des Conditions Générales du Service et l'acceptation de la notice d'information et de recueil du consentement au titre de la collecte, du traitement et de la transmission et de l'hébergement de ses données de santé..

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du Code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de la Société ou de son hébergeur agréé ou certifié, l'Utilisateur ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par la Société et/ou son hébergeur agréé ou certifié données de santé dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

9. Protection des données à caractère personnel

L'accès à la Plateforme et la mise en œuvre du Service nécessitent la collecte et le traitement des données à caractère personnel de l'Utilisateur – en ce compris notamment des données relatives à son état civil et ses données de santé.

Le Responsable du traitement de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre du Service est la Société CARIANS qui a notamment procédé aux formalités préalables auprès de la CNIL ainsi qu'à l'inscription du traitement sur le registre de ses activités de traitement. Conformément à la Réglementation et notamment à l'article 6,1. a) et à l'article 9, 2. a) du Règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données (dit « RGPD »), le traitement des données à caractère personnel collectées repose sur le consentement des Utilisateurs et sur l'acceptation des présentes CGS.

L'Utilisateur est informé que ses données administratives et de santé collectées et transmises par le biais de la Plateforme sont nécessaires à l'utilisation et à la réalisation du Service. A défaut, l'Utilisateur ne pourra créer de Compte Utilisateur sur la Plateforme mise à disposition par la Société et bénéficier du Service fourni par le(s) Médecin(s) Expert(s). A ce titre, l'Utilisateur a été informé des droits dont il dispose et a consenti à la collecte et au traitement de ses données de santé à caractère personnel, lors du Pré-Formulaire Pathologie après avoir pris connaissance de la notice d'information et de consentement (<https://patient.deuxiemeavis.fr/demande/>).

Les données des Utilisateurs sont destinées à leur usage propre ainsi qu'à la Société et au(x) Médecin(s) Expert(s) participant au Service.

L'Utilisateur est informé que ses données à caractère personnel (en ce compris ses données de santé), sont également accessibles uniquement à des fins de gestion technique de la Plateforme, par les prestataires techniques spécifiquement habilités, dans le strict respect de leurs missions et dans le respect du secret professionnel auquel ils sont soumis, ainsi qu'à l'hébergeur agréé ou certifié de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 CSP.

L'Utilisateur est également informé que l'hébergeur agréé ou certifié de données de santé assure un hébergement sécurisé des données de santé de l'Utilisateur collectées et traitées dans le cadre des Services, conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. A ce titre, l'Utilisateur bénéficie d'un droit d'opposition à l'hébergement de ses données à caractère personnel pour un motif légitime.

L'attention de l'Utilisateur est attirée sur la sensibilité de ses données de santé, couvertes au surplus par le secret médical qui s'impose au Médecin Expert et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable. Des dispositifs renforcés en termes de sécurité sont donc mis en place afin de permettre une collecte et un traitement des données personnelles (en ce compris les données administratives et de santé) dans les conditions garantissant leur confidentialité, leur intégrité et de manière plus générale leur sécurité dans le respect de la Réglementation.

L'Utilisateur est informé que ses données de santé sont conservées pendant la durée d'utilisation du Service puis sont archivées pendant dix (10) ans après l'application de mesures organisationnelles et techniques garantissant la sécurité de ses données, à des fins probatoires.

Conformément à la Réglementation, chaque Utilisateur est titulaire :

- d'un droit d'accéder à ses données à caractère personnel et peut en demander la rectification ;
- d'un droit de suppression de ses données à caractère personnel ;
- du droit de communiquer ses directives concernant le sort de ses données à caractère personnel après sa mort ;
- du droit de solliciter une limitation du traitement ;
- du droit à l'oubli et à l'effacement numérique ;
- du droit à la portabilité de ses données ;
- d'un droit d'opposition ;
- du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.
- du droit de retirer leur consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.

L'Utilisateur reconnaît qu'il peut, à tout moment, s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel en demandant la clôture de son Compte Utilisateur pour un motif tenant à sa situation personnelle.

Pour exercer ces droits, l'Utilisateur peut contacter au choix, en fournissant une copie d'un justificatif de son identité :

- le Médecin Expert qui a délivré un deuxième avis, à partir des moyens techniques sécurisés mis en place entre eux et qui relayera sa demande à CARIANS ;
- le délégué à la protection des données de la Société à l'adresse électronique suivante : privacy@carians.fr, ou à l'adresse postale CARIANS, c/o Paris Santé Cochin, 29 rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 Paris ;
- le médecin de l'hébergeur agréé ou certifié de données de santé à l'adresse électronique suivante : medecin.hebergeur@fr.clara.net ou, à l'adresse postale CLARANET, 18-20 rue du Faubourg du Temple – 75011 Paris ;

Enfin, l'Utilisateur est informé que ses données pourront également être exploitées dans le cadre d'études ou d'évaluation dans le domaine de la santé auxquelles participerait CARIANS, sauf opposition spécifique de sa part au préalable, et après mise en œuvre de l'ensemble des formalités requises auprès de la CNIL lorsqu'elles sont applicables.

Sous réserve de ne pas permettre son identification directe, ses données pourront également être exploitées dans l'objectif d'améliorer les performances et les fonctionnalités de la Plateforme, et seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques dans le respect de son anonymat.

CARIANS n'effectue pas de transferts de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne.

10. Propriété intellectuelle

La reproduction ou l'utilisation de tout ou partie du contenu de la Plateforme est seulement autorisée aux fins exclusives d'information pour un usage personnel et privé, toute reproduction et toute utilisation de copies réalisées à d'autres fins étant expressément interdites.

La Société est exclusivement titulaire des droits de propriété intellectuelle :

- sur la Plateforme , et notamment sur son arborescence, sur l'organisation et le titrage de ses rubriques, sur l'identité visuelle et graphique, sur son design, sur son ergonomie, ses fonctionnalités, sur les logiciels, textes, images animées ou fixes, sons, savoir-faire, dessins, graphismes et tout autre élément la composant,
- sur les bases de données techniques, leur structure conçues et gérées par la Société pour les besoins de l'édition de la Plateforme,
- sur tous les éléments de conception de la Plateforme, qu'ils soient graphiques ou techniques,
- sur la marque, les noms, sigles, logos, couleurs, graphismes, ou autres signes qui pourraient être utilisés, réalisés ou mis en œuvre par la Société.

L'utilisation de la Plateforme ne confère en aucun cas aux Utilisateurs un droit de propriété sur la Plateforme, et les éléments mis à disposition sur la Plateforme.

Il est en conséquence interdit de reproduire sous quelque forme que ce soit, de manière directe ou indirecte, les éléments visés à l'alinéa précédent, ainsi que d'altérer les marques, brevets, noms, sigles, logos, couleurs, graphismes ou autres signes figurant sur les éléments mis à disposition au sein de la Plateforme, et plus généralement d'utiliser ou exploiter ces éléments autrement que dans le cadre de l'exécution des présentes Conditions Générales du Service.

Sauf autorisation expresse et préalable de la Société, sont notamment interdites :

- toute adaptation, mise à disposition du public à sa demande ou non, distribution, rediffusion sous quelque forme que ce soit, mise en réseau, communication publique, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie des œuvres, prestations, et tous éléments protégés ou susceptibles de protection par le droit de la propriété intellectuelle reproduits au sein de la Plateforme ;
- tout lien, accès, modification, ajout, suppression qui porte sur le système de traitement automatisé de l'édition en ligne et qui modifie les conditions de publication ou la politique éditoriale.

Les éléments mis à disposition au sein de la Plateforme sont exclusivement destinés à l'information et l'usage personnels de l'Utilisateur qui bénéficie d'un droit d'usage privé, non collectif et non exclusif.

Tout manquement à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle, une faute intentionnelle susceptible d'exposer l'Utilisateur à des poursuites civiles et pénales.

11. Secret Médical

La Société garantit avoir déployé des mesures de sécurité conformes à la Réglementation aux fins d'assurer la protection des données de santé à caractère personnel qui seront transmises par l'Utilisateur au(x) Médecin(s) Expert(s) par le biais de la Plateforme. A ce titre, la Société garantit l'Utilisateur que :

- l'accès à la Plateforme est encadré par des moyens d'authentification forte ;
- l'ensemble des échanges intervenus entre l'Utilisateur et le(s) Médecin(s) Expert(s) dans le cadre de l'exécution du Service seront réalisés par le biais d'une messagerie sécurisée.

L'Utilisateur est informé que toutes les interventions techniques aux fins de la réalisation du Service s'effectueront dans le respect des dispositions du RGPD, ainsi qu'à l'ensemble des dispositions du Code de la santé publique, et plus particulièrement des dispositions liées à la protection du secret médical.

L'Utilisateur est informé des risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, y compris même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre pour la réalisation du Service, et tout particulièrement en termes de :

- défaut de sécurité dans la transmission des données ;
- fiabilité relative des informations présentes et échangées sur le réseau de télécommunications.

12. Responsabilité

12.1 Responsabilité de l'éditeur de l'application

La Société est tenue à une obligation de moyens au titre de l'ensemble de ses obligations, notamment dans son obligation de transmission des informations et pièces fournies par l'Utilisateur, d'administration de la Plateforme et de la conservation des dossiers et données.

La Société ne pourra être tenue pour responsable des dommages résultant de virus quelle qu'en soit la forme, de bug(s), voire de tout programme ou d'application qui serait incompatible avec l'infrastructure utilisée par l'Utilisateur, ni des dommages subis par l'Utilisateur par le fait d'une panne, interruption, maintenance, problème technique, coupure du réseau téléphonique ou des réseaux de télécommunications, surcharge, défaut de continuité des réseaux de télécommunications et notamment d'internet, omission, négligence ou faute de tiers ou de l'Utilisateur ou d'une incompatibilité de la configuration de l'ordinateur de l'Utilisateur.

Chaque Utilisateur est responsable de la mise en œuvre au sein de son ordinateur d'une solution et des mesures de sécurité de nature à prévenir la propagation de virus et de manière générale du bon fonctionnement et de la maintenance de l'équipement lui permettant de bénéficier du Service, en ce compris les frais d'abonnement et de connexion à internet.

La Société ne sera pas tenue responsable de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, en raison d'un cas de force majeure ou d'un cas fortuit, du fait de l'Utilisateur ou d'un tiers. De façon expresse, sont considérés comme seuls cas de force majeure, ceux visés à l'article 1218 du code civil. (« Cas de Force Majeure »).

L'exécution des Conditions Générales de Services sera suspendue tant que durera le Cas de Force majeure et les délais d'exécution du Service seront prolongés d'autant. La Société s'efforcera dans la mesure du possible de faire cesser le Cas de Force Majeure ou de trouver une solution lui permettant d'exécuter ses obligations contractuelles malgré le cas de Force Majeure.

Si l'empêchement est définitif, le Compte Utilisateur sera clôturé. La Société est responsable des seuls dommages directs et prévisibles liés à l'utilisation de la Plateforme, à l'exclusion de tous dommages indirects. Notamment, la Société n'est pas responsable des dommages résultant de :

- la transmission par l'Utilisateur à des tiers de toute information concernant son état de santé et notamment de l'avis médical rendu par le Médecin Expert dans le cadre du Service ;
- la divulgation par l'Utilisateur à des tiers de son identifiant et/ou de son mot de passe ;
- de l'utilisation par l'Utilisateur des mots de passe et code d'un autre utilisateur ;
- la transmission par l'Utilisateur au Médecin Expert d'informations et/ou pièces médicales incomplètes, erronées, tronquées ou de défaut de transmission par l'Utilisateur de pièces médicales utiles et/ou nécessaires à la fourniture du Service par le Médecin Expert;
- de l'avis médical délivré par le Médecin Expert, ce dernier étant seul responsable à l'égard de l'Utilisateur du Service qu'il fournit.

12.2 Responsabilité du Médecin Expert

Chaque Médecin Expert est intégralement et exclusivement responsable de chaque Service fourni par lui à un Utilisateur conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de son activité professionnelle.

NONOBTANT CE QUI PRECEDE ET DANS LA MESURE OU L'AVIS RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT DANS LE CADRE DU SERVICE QU'IL REND NE REPOSE SUR AUCUN EXAMEN MEDICAL PHYSIQUE CLINIQUE PREALABLE DU PATIENT MAIS SUR LES SEULES INFORMATIONS ET PIECES MEDICALES QUE CE DERNIER AURA TRANSMISES, LA RESPONSABILITE DU MEDECIN EXPERT NE POURRA EN AUCUN CAS ETRE ENGAGEE DANS L'HYPOTHESE OU L'AVIS MEDICAL RENDU PAR CE DERNIER SERAIT ERRONE DU FAIT DE LA TRANSMISSION PAR LE PATIENT DE DONNEES INCOMPLETES, INSUFFISANTES OU ERRONEES.

L'UTILISATEUR EST EN EFFET SEUL RESPONSABLE DE L'EXACTITUDE, DE LA COHERENCE ET DE L'EXHAUSTIVITE DES DONNEES ET PIECES MEDICALES QU'IL AURA TRANSMISES, PAR LE BIAIS DE LA PLATEFORME, AU MEDECIN EXPERT DANS LE CADRE DU SERVICE.

EN AUCUN CAS, LE MEDECIN EXPERT NE SERA EN MESURE D'EFFECTUER DES VERIFICATIONS DE L'EXCATITUDE ET DE L'EXHAUSTIVITE DES DONNEES SAISIES PAR L'UTILISATEUR.

12.3 Responsabilité de l'Utilisateur

Chaque Utilisateur demeure pleinement et personnellement responsable de l'utilisation de la Plateforme et du Service – en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'ensemble des informations qu'il communique via la Plateforme dans les conditions de droit commun.

Chaque Utilisateur s'engage à valider l'adéquation de la Plateforme et du Service à ses besoins. Chaque Utilisateur reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que la Société n'assume aucune responsabilité au titre de la gestion d'une situation d'urgence.

De plus, chaque Utilisateur reconnaît que la Société ne pourra être tenue pour responsable de tout dommage matériel ou immatériel, direct ou indirect, quelles qu'en soient les causes, y compris les dommages pouvant être causés par l'éventuelle diffusion de virus, par la fraude informatique, du fait des contraintes et limites du réseau internet ou encore de la perte, de la détérioration ou de l'altération de fichiers ni des conséquences résultantes de :

- Son utilisation de la Plateforme, du Service et fonctionnalités et/ou de l'interprétation de ses contenus ;
- Son impossibilité d'avoir accès à la Plateforme et au Service, à l'exception des dommages directs consécutifs à une faute lourde ou intentionnelle ;

De manière générale, chaque Utilisateur s'engage à utiliser la Plateforme :

- Dans le respect des lois, réglementation et droits des tiers, notamment des droits de propriété intellectuelle et industrielle ;
- De manière loyale et conformément à sa destination.

Il appartient à chaque Utilisateur notamment de :

- Satisfaire aux obligations en matière de sécurité, conformément à l'article « Sécurité » des présentes CGS ;
- Utiliser la Plateforme, ses Services et Contenus dans le respect des présentes CGS et des dispositions légales et réglementaires en vigueur incluant la Réglementation ;
- Ne pas commercialiser tout ou partie du Service et des Contenus accessibles via la Plateforme.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGS, l'accès à la Plateforme par les Utilisateurs pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement suspendu ou définitivement bloqué.

En outre, il appartient notamment à l'Utilisateur de :

- Garder strictement confidentiels ses mots de passe et identifiants et ne pas les dévoiler à des tiers, et, de manière générale, à un tiers quelconque quelle que soit ses qualités et activités professionnelles ;
- Respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les mots de passe et code d'un autre utilisateur, ni chercher à connaître ces informations ;
- Avertir la Société de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte, telle que les intrusions ;
- Donner toutes les informations utiles, nécessaires, complètes et exactes sur son état de santé pour permettre au Médecin Expert de délivrer le Service.

L'UTILISATEUR EST SEUL RESPONSABLE DE L'EXACTITUDE, DE LA COHERENCE ET DE L'EXHAUSTIVITE DES DONNEES ET PIECES MEDICALES TRANSMISES AU MEDECIN EXPERT AUX FINS DE LA REALISATION DU SERVICE.

LA RESPONSABILITE DU MEDECIN EXPERT NE POURRA EN AUCUN CAS ETRE ENGAGEE DANS L'HYPOTHESE OU L'AVIS MEDICAL RENDU PAR CE DERNIER SERAIT ERRONE DU FAIT DE LA COMMUNICATION DE DONNEES INCOMPLETES, INSUFFISANTES OU ERRONEES PAR LE PATIENT.

DANS LA MESURE OU L'AVIS RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE NE REPOSE SUR AUCUN EXAMEN MEDICAL PHYSIQUE DU PATIENT MAIS SUR LES SEULES INFORMATIONS ET PIECES MEDICALES QUE L'UTILISATEUR AURA COMMUNIQUEES, AUCUN CONSEIL MEDICAL DONNE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE A L'UTILISATEUR NE DOIT ETRE NEGLIGE OU RETARDE DU FAIT D'UN AVIS RENDU PAR UN MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE.

L'UTILISATEUR RECONNAIT QU'IL PREND SEUL LES DECISIONS CONCERNANT SA SANTE AU REGARD DES INFORMATIONS ET DES PRECONISATIONS FOURNIES PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE HABITUELLEMENT EN CHARGE DE SON SUIVI, NONOBTANT L'AVIS QUI LUI EST RENDU PAR LE MEDECIN EXPERT A L'OCCASION DU SERVICE.

TOUTE SITUATION D'URGENCE MEDICALE DOIT CONDUIRE L'UTILISATEUR A CONTACTER IMMEDIATEMENT LES SERVICES D'URGENCE COMPETIENTS ET/OU SON MEDECIN TRAITANT OU MEDECIN SPECIALISTE QUI LE SUIVRA POUR SA PATHOLOGIE.

13. Assurance

La Société déclare avoir souscrit auprès d'une compagnie d'assurance notoirement solvable une police d'assurance destinée à couvrir les dommages causés aux Utilisateurs au titre de la mise à disposition de la Plateforme et de la fourniture du Service.

14. Réclamations

Toute réclamation en lien avec l'utilisation du Service ou de la Plateforme devra être adressée à la Société par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante : CARIANS - c/o Paris Santé Cochin - 29 rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 Paris.

15. Solution amiable

En cas de conflit ou de litige entre les Parties portant sur l'exécution des présentes CGS, l'Utilisateur est informé qu'il a la possibilité de recourir à une procédure de médiation conventionnelle ou à tout autre mode alternatif de règlement des différends.

16. Loi applicable

Les présentes CGS sont régies par la loi française.

En conséquence, l'Utilisateur reconnaît que, de manière générale, toute information qui est diffusée dans le cadre de la Plateforme est susceptible de ne pas être cohérente ou appropriée en dehors de la population visée pour l'utilisation de la Plateforme.

L'Utilisateur déclare qu'il a le droit d'utiliser la Plateforme et le Service au regard de sa réglementation locale. Il reconnaît et accepte qu'en tout état de cause il assume seul l'entière responsabilité des décisions, notamment médicales, prises à partir de la Plateforme.

A défaut de règlement amiable, tout litige relatif à la Plateforme ou en relation avec son utilisation sera soumis aux tribunaux français, quel que soit le lieu de résidence de l'Utilisateur.

17. Cession

La Société peut céder les présentes CGS à tout moment à un successeur, quelle que soit l'opération.

L'Utilisateur est informé et reconnaît qu'il n'est pas autorisé à céder les droits dont il dispose en application des présentes CGS à un tiers, sans l'autorisation expresse et préalable de la Société.