

Génésia

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

1/ LES STATUTS D'AÉSIO MUTUELLE

2/ LES STATUTS DE L'ASSOCIATION RMP

3/ NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE DE LA GARANTIE « **GÉNÉSIA** »

4/ ANNEXE 1 - QU'EST CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

5/ TABLEAU DES GARANTIES

6/ INFORMATION SUR LES FRAIS DE GESTION ET LE RAPPORT PRESTATIONS
/COTISATIONS ASSUREUR

7/ EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

8/ DOCUMENTS CONTRACTUELS DES GARANTIES ADDITIONNELLES :

- CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE « **ASSISTANCE** »
- NOTICE D'INFORMATION DE LA PROTECTION JURIDIQUE « **SANTÉ LIGHT** »

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77 -

Mail : contact@assurema.eu - Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411

N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO

AÉSIO mutuelle : Assureur du contrat

4 Rue du Général Foy - 75 008 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 775 627 391)

STATUTS AÉSIO MUTUELLE

**VERSION APPROUVÉE PAR L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE DU 22 JUIN 2021**

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

La mutuelle dénommée AÉSIO mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 775 627 391.

ARTICLE 2 - SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la mutuelle est situé 4 rue du Général Foy à PARIS 75008.

Il peut être transféré sur simple décision du conseil d'administration.

ARTICLE 3 - OBJET DE LA MUTUELLE

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Elle est gérée en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de ses activités.

La mutuelle a pour objet de :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2),
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- garantir les risques liés à la nuptialité et la natalité (branche 21),
- assurer, de façon accessoire, la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- elle peut mettre en œuvre une action sociale dans la mesure où ses activités sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ainsi qu'éventuellement aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou une autre mutuelle et ayant passé une convention dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ses souscripteurs,

- accepter en réassurance les engagements conformément à son objet,
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ou recourir pour diffuser ses produits à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- se substituer à des organismes mutualistes dans les conditions prévues au livre II du code de la mutualité pour la délivrance de ses engagements (L.211-5 du code de la mutualité),
- gérer, pour compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, les engagements conformément à son objet,
- donner tout ou une partie de cette gestion à un organisme dûment habilité,
- fournir toutes prestations administratives, comptables ou informatiques ou de conseils susceptibles de faciliter le fonctionnement d'organismes mutualistes,
- adhérer ou participer à la création d'unions ou de fédérations de mutuelles ou de toutes structures reconnues par la loi,
- adhérer à une union de groupe mutualiste telle que définie à l'article L.111-4-1 ou à une union mutualiste de groupe telle que prévue à l'article L.111-4-2 du code de la mutualité ou à une société générale d'assurance mutuelle telle que définie aux articles L.322-1-1 et L.322-1-3 du code des assurances..

En cas d'adhésion à une union mutualiste de groupe (UMG), prévue à l'article L.111-4-2 du code de la mutualité, l'union mutualiste de groupe exercera de façon effective une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières, de la mutuelle et disposera d'un pouvoir de contrôle et de sanction à l'égard des membres affiliés, obligeant notamment la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'union mutualiste de groupe préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans ses statuts.

Les dispositions relatives au système de gestion des risques groupe et au système de contrôle groupe sont les suivantes :

La mutuelle se conforme à un système de gestion des risques groupe et à un système de contrôle groupe, sous réserve de la prise en compte des spécificités. Ce système comprend notamment :

- une revue technique ou validation technique par la SGAM ou l'UMG dans les conditions prévues dans leurs statuts ;
- l'adoption de politiques écrites applicables à l'ensemble des entreprises du groupe ainsi que l'adoption des spécificités éventuelles ;
- la désignation de fonctions clés (fonction clé gestion des risques, fonction clé vérification de la conformité, fonction clé audit interne et fonction clé actuarielle) conformément aux dispositions prévues dans les statuts de la SGAM et de l'UMG, auxquelles la mutuelle s'engage à communiquer tout tableau de bord, éléments financiers, rapports et autres documents nécessaires à leurs missions ;

- un mécanisme de maîtrise des risques groupe contribuant à la prise de décisions éclairées et à la cohérence de leur mise en œuvre opérationnelle.

ARTICLE 4 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur est établi par le conseil d'administration. Il détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tout membre de la mutuelle est tenu de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement.

ARTICLE 5 - RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

Les relations contractuelles entre la mutuelle et les membres participants ou honoraires sont régies :

- soit par le(s) règlement(s) mutualiste(s) pris en application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, adopté(s) par le conseil d'administration, qui définissent le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations,
- soit par les contrats collectifs souscrits auprès de la mutuelle par une personne morale pour le compte de ses salariés ou de ses membres. Ces contrats collectifs ainsi que leurs notices d'information y afférentes définissent les droits et obligations respectifs de la mutuelle, des souscripteurs et des membres participants affiliés ou adhérents, les garanties et leurs conditions de mise en œuvre, ainsi que les cotisations et les prestations prévues par ces contrats.

Les modifications apportées au(x) règlement(s) mutualiste(s) et aux contrats collectifs sont applicables dans les conditions fixées à l'article L.221-5 du code de la mutualité

ARTICLE 6 - RESPECT DE L'OBJET DE LA MUTUELLE

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du code de la mutualité.

ARTICLE 7 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données collectées auprès des membres participants et de leurs ayants droits constituent des données à caractère personnel et sont protégées par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après « le règlement européen 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. La mutuelle s'engage, à respecter ces obligations réglementaires dans le cadre des traitements qu'elle réalise pour le compte de ses membres.

Pour assurer sa conformité sur la protection des données

personnelles, AÉSIO mutuelle s'engage au travers de différentes actions et notamment la nomination d'un Délégué à la Protection des données, la tenue d'un registre des activités de traitements, la sensibilisation et la formation de ses collaborateurs, l'encadrement juridique de ses sous-traitants, la transparence sur les traitements réalisés au travers d'une charte de protection des données personnelles et la mise en place de mesures pour faciliter la gestion des demandes de droits des personnes concernées.

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

SECTION 1 - ADHÉSION

ARTICLE 8 - CATÉGORIES DE MEMBRES ET AYANTS DROIT

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires :

- les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, adhérent dans le cadre d'une opération individuelle ou collective.
- les membres honoraires sont
 - soit des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la mutuelle, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle,
 - soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ou adhéré à un règlement collectif, soit des représentants des membres participants couverts au titre de contrats collectifs souscrits par ces personnes morales.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Conformément à l'article L.114-4 du code de la mutualité, chaque membre participant devra verser, le cas échéant, le droit d'adhésion dont le montant sera alors fixé par l'assemblée générale.

Ce droit d'adhésion est dédié au fonds d'établissement.

On entend par ayant droit du membre participant, pouvant bénéficier des prestations de la mutuelle, les personnes ainsi définies :

- les personnes reconnues comme ayants droit du membre participant par la législation de la Sécurité Sociale,
- les membres d'une même famille ou vivant au foyer du membre participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle tels que :
 - le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement.
 - Le concubin (personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait dont le domicile fiscal est le même).

- Le partenaire lié par un PACS (dit partenaire).
- Les enfants du membre participant ou de son conjoint (concubin ou partenaire) âgés de moins de 28 ans dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés ou ne vivant pas en concubinage.

Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayant-droit du membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat quel que soit leur âge s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Les règlements mutualistes ou les conditions générales ou particulières des contrats collectifs précisent les conditions dans lesquelles ces ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

ARTICLE 9 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle la personne qui remplit les conditions définies à l'article 8 des présents statuts et qui fait acte d'adhésion, constaté par la signature du bulletin d'adhésion et, le cas échéant, du paiement du droit d'adhésion mentionné à l'article 8.

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

ARTICLE 10 - ADHÉSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES

Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant de la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, s'il existe, et des droits et obligations définis :

- soit au contrat souscrit, conclu entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle, ainsi que la notice d'information qui l'accompagne
- soit au règlement mutualiste auquel a adhéré l'employeur ou la personne morale.

Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant de la mutuelle résulte de l'affiliation du salarié lui permettant de bénéficier :

- soit du contrat souscrit par son employeur auprès de la mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, ainsi que la notice d'information qui l'accompagne
- soit du règlement mutualiste auquel a adhéré son employeur.

SECTION 2 - RÉSILIATION

ARTICLE 11 - RÉSILIATION

I. Résiliation à l'échéance annuelle

La résiliation est donnée par tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité au plus tard deux mois avant la date d'échéance :

- de l'adhésion par le membre participant en cas d'adhésion individuelle ou en cas d'adhésion facultative dans le cadre d'une adhésion collective facultative,
- du contrat collectif (obligatoire ou facultatif) signé par la personne morale signataire,
- de l'adhésion par la personne morale adhérente à un règlement collectif (obligatoire ou facultatif).

II. Résiliation en dehors de l'échéance annuelle

a) Résiliation infra annuelle

La résiliation peut être donnée par le membre participant ou la personnes morale souscriptrice selon les conditions d'application des articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du code de la mutualité tels que repris et précisés par les règlements mutualistes et les contrats.

b) Résiliation par application de l'article L.221-17 du code de la mutualité

La résiliation peut intervenir lorsque les conditions d'application de l'article L.221-17 du code de la mutualité sont réunies.

c) Résiliation des ayants droit

Les modalités de résiliation de l'adhésion facultative des ayants droit sont déterminées par les règlements mutualistes et les contrats collectifs.

III. Conséquences de la résiliation

La résiliation entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et/ou d'ayant droit, et la renonciation aux prestations servies par la mutuelle, dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste ou au contrat.

La résiliation demandée par la personne morale entraîne la perte de la qualité de membre honoraire pour elle-même et pour les représentants des membres participants couverts éventuellement désignés.

ARTICLE 12 - RADIATION

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées à défaut de paiement des cotisations liées aux garanties d'assurance fournies par la mutuelle, en application des articles L.221-7, L.221-8 et L.223-19 du code de la mutualité.

L'ancien membre participant radié, remplissant à nouveau les conditions statutaires d'admission et souhaitant à nouveau adhérer à la mutuelle, est considéré en tous points comme un nouveau membre participant.

Sont également radiés, les membres participants qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues par les statuts, le règlement intérieur, les règlements mutualistes, ou les contrats collectifs.

ARTICLE 13 - EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle par leur comportement ou leurs actes ou dont l'attitude et la conduite est susceptible de porter un préjudice moral

ou matériel à la mutuelle, ou qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes soit à l'adhésion, soit au cours du contrat, ayant entraîné la nullité des garanties d'assurance selon les modalités prévues à l'article L.221-14 du code de la mutualité, ou qui ont commis des faits de fraude.

L'exclusion du membre participant est prononcée par le conseil d'administration dans le cadre d'une procédure contradictoire au cours de laquelle il est invité à s'expliquer sur les faits reprochés.

ARTICLE 14 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La résiliation, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues dans les présents statuts, les règlements mutualistes et les contrats collectifs et notices d'information, et/ou dans le code de la mutualité.

Aucune demande de prestation survenant après la date d'effet de la démission ne peut être servie, ni après la décision d'exclusion ou de radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

La résiliation, la radiation et l'exclusion ne font pas obstacle au recouvrement des sommes éventuellement dues par le membre participant ou honoraire.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 15 - SECTIONS DE VOTE

Les membres participants et honoraires sont répartis dans 8 sections de vote géographiques dont le découpage territorial est déterminé par le conseil d'administration dans le règlement intérieur.

Chacune des 8 sections de vote géographiques est composée de 2 collèges :

- un collège composé des membres participants en adhésion individuelle et collective
- un collège composé des membres honoraires personnes physiques et morales

L'ensemble des électeurs de chacune des 8 sections de vote procède à l'élection de ses délégués à l'assemblée générale, titulaires et remplaçants, dans les deux collèges.

Au sein de chaque section de vote géographique, chacun des deux collèges peut prétendre à un nombre de délégués fixé comme suit :

un délégué titulaire pour chaque tranche entamée de 6000 membres au sein du collège.

Des délégués remplaçants sont élus de manière concomitante, dont le nombre est fixé à la moitié du nombre de délégués titulaires, arrondi à l'entier supérieur.

Le nombre de délégués à l'assemblée générale, titulaires et remplaçants, est révisé lors de chaque renouvellement de la section de vote.

ARTICLE 16 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale est composée des délégués issus des sections de vote représentant les membres participants et les membres honoraires.

Le représentant nommé par le conseil d'administration de l'union mutualiste de groupe pourra participer, sans voix délibérative, aux réunions de l'assemblée générale.

ARTICLE 17 - ELECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres participants et les membres honoraires de chaque section de vote, y compris les mineurs de plus de 16 ans ayant la qualité de membre participant, élisent par correspondance, par vote électronique, leurs délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Ils élisent concomitamment des délégués remplaçants dans le but de pourvoir les sièges laissés vacants en cours de mandat. Les délégués sont élus pour 6 ans. Il sont rééligibles.

Le renouvellement des délégués à l'assemblée générale se fait par moitié des sections de vote complètes tous les trois ans.

À l'issue de la première élection générale des délégués, le conseil d'administration détermine par tirage au sort les sections de vote renouvelées à l'échéance de trois ans.

Le règlement intérieur détermine les conditions et modalités de cette élection.

Chaque délégué dispose d'une seule voix dans les votes à l'assemblée générale.

Les délégués sont autorisés à voter par procuration, conformément à la faculté prévue par l'article L.114-13 du code de la mutualité et dans les conditions énoncées à l'article R.114-2 du code de la mutualité.

Chaque délégué peut être porteur de 3 voix supplémentaires au titre de la représentation de délégués excusés.

De même, conformément à l'article L.114-13 du code de la mutualité, les délégués pourront avoir recours au vote électronique selon des modalités qui garantiront l'accès au vote de tous les électeurs, le secret du scrutin, le caractère personnel, libre et anonyme du vote et la surveillance effective du scrutin. Le conseil d'administration pourra mettre en place une commission spéciale à l'effet de valider et contrôler le dispositif.

La perte de la qualité de membre participant ou honoraire entraîne celle de délégué à l'assemblée générale.

En cas de vacance en cours de mandat, pour quelque cause que ce soit, sur un siège de délégué titulaire, celui-ci est remplacé par un délégué remplaçant issu de la même section de vote qui achève ainsi le mandat de son prédécesseur. Le délégué remplaçant est choisi selon les règles prévues au règlement intérieur.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18 - CONVOCATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration dans un délai de 7 mois suivant la clôture de l'exercice (article R.114-3 du code de la mutualité).

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un (ou plusieurs) membre(s) participant(s),
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, à la demande d'un (ou plusieurs) membre(s) participant(s),
5. les liquidateurs.

A défaut d'une telle convocation, le président du tribunal judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée générale, ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 19 - MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale doit être convoquée 15 jours au moins avant la date de réunion dans les conditions prévues par les articles L.114-8 et D.114-1 et suivants du code de la mutualité.

La convocation est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué ou par courrier électronique ou encore déposée sur un site internet dédié aux délégués.

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer valablement, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée générale peut être convoquée 6 jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. Cette deuxième convocation rappelle la date de la première.

Une feuille de présence sera tenue et un compte rendu de l'assemblée générale sera dressé.

Les membres composant l'assemblée générale disposent des documents dont la liste et les modalités de remise seront fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, au plus tard 5 jours avant la date de l'assemblée générale.

ARTICLE 20 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour précise chacune des questions soumises à délibération de l'assemblée générale. Il est arrêté par l'auteur de la convocation conformément à l'article L.114-8 du code de la mutualité. Il doit être indiqué dans la convocation ou joint en annexe.

Toutefois, le quart des délégués peut requérir l'inscription

à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions selon les conditions requises par l'article D.114-6 du code de la mutualité et ce, par demande adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social, à l'attention du président, 5 jours au moins avant la date de l'assemblée générale.

Le représentant nommé par le conseil d'administration de l'union mutualiste de groupe peut demander l'inscription de projets de résolutions à l'ordre du jour de l'assemblée générale dans les conditions visées ci-dessus.

ARTICLE 21 - COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle procède à l'élection des membres du conseil d'administration. Elle peut, en toute circonstance, révoquer un (ou plusieurs) membre(s) du conseil d'administration, et procéder à leur remplacement ou encore prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. les modifications des statuts,
2. les activités exercées,
3. le montant des droits d'adhésion, dans les limites fixées par décret,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées à l'article L.221-2 du code de la mutualité,
6. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, en application des articles L.114-1 et L.114-9 du code de la mutualité.
7. l'adhésion à une union, à une fédération, le retrait d'une union, d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, de l'union, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, d'obligations, de titres subordonnés et de certificats mutualistes, dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 et dans le respect des contenu, forme et délai fixés à l'article R.114-10 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou une partie du portefeuille d'opérations que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, établis conformément à l'article L.212-7 du code de la mutualité, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établis conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité,
13. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,

14. le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles et unions régies par les livres II et III, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39,
15. la nomination après avis du comité d'audit, du (ou des) commissaire(s) aux comptes et de (ou des) suppléant(s) pour une période de 6 exercices renouvelable. Si le commissaire aux comptes met fin à ses fonctions au cours de cette période, il est remplacé provisoirement par le suppléant, lequel agit comme commissaire aux comptes titulaire. L'assemblée générale suivante procédera à la nomination d'un commissaire aux comptes titulaire et d'un commissaire aux comptes suppléant,
16. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prévue à l'article 65 relatif à la dissolution dans les présents statuts,
17. les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité,
18. la conclusion d'une convention de substitution,
19. le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission,
20. le rapport sur les opérations d'intermédiation et délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3,
21. l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le code de la mutualité
22. la détermination du fonds social. L'assemblée délègue au conseil d'administration la détermination des montants des budgets alloués à l'action sociale. Un compte rendu de leur utilisation est effectué en assemblée générale.
23. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 22 - MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 en application des articles L.114-1 et L.114-9 du code de la mutualité, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, représente au moins le quart du total des délégués.

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

II. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au I du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13.

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

ARTICLE 23 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par l'assemblée générale lors de la séance suivante.

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres participants et honoraires, sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des statuts, du règlement intérieur, et du (ou des) règlement(s) mutualiste(s) sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Il en va de même pour les modifications des montants ou taux des cotisations, ainsi que des prestations lorsqu'elles relèvent de la compétence du conseil d'administration.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION ET ÉLECTION

ARTICLE 24 - COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration, composé d'administrateurs élus par les membres de l'assemblée générale pour 6 ans parmi les membres participants et honoraires.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Le nombre des administrateurs est au minimum de 20 et au maximum de 36.

Le conseil 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. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Le conseil d'administration sera composé en recherchant une représentation des femmes et des hommes conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. La parité s'apprécie à chaque élection.

ARTICLE 25 - PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

Les membres participants et honoraires sont informés de l'appel à candidature par les canaux d'information de la mutuelle.

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur sont individuelles. Toute candidature doit être adressée par courrier recommandé avec accusé de réception au siège social de la mutuelle ou par courrier électronique à l'attention des dirigeants effectifs ou déposée au siège social contre récépissé. Elle doit être reçue 20 jours calendaires au moins avant la date de l'assemblée générale.

ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- être âgé de moins de 73 ans au 1^{er} janvier de l'année du scrutin,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- satisfaire aux conditions d'honorabilité, de compétence et d'expérience sous le contrôle de l'ACPR tel que prévu à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- être à jour de leurs cotisations.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration. La limite d'âge de 70 ans est considérée atteinte au jour du soixante et onzième anniversaire.

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. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être élu administrateur de celle-ci pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de son contrat de travail, et ce en application de l'article L.114-28, alinéa 3 du code de la mutualité.

ARTICLE 27 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par les délégués à l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Sont élus les candidats réunissant le plus grand nombre de suffrages. Dans le cas où des candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, le siège sera acquis au plus jeune.

ARTICLE 28 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans. Ils sont rééligibles.

Les membres élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Ils 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 des présents statuts,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 75^{ème} anniversaire, le mandat prenant fin automatiquement,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois au plus tard après qu'une décision de justice définitive les ait condamnés pour l'un des faits relatifs à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- lorsqu'ils font l'objet d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier.

Ils sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Peut être déclaré démissionnaire d'office par l'assemblée générale, tout administrateur absent sans motif valable à 3 séances au cours de la même année.

ARTICLE 29 - RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans.

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection. Si les administrateurs sont en nombre impair, la première moitié emportera le plus grand nombre de mandats à renouveler.

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

ARTICLE 30 - VACANCE

En cas de vacance d'un poste d'administrateur par suite de décès, démission, perte de qualité d'adhérent, révocation, démission d'office ou décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, le conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la plus proche assemblée générale.

Si la cooptation faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal, fixé à 10, du fait d'une ou plusieurs vacances pour l'un des faits évoqués ci-dessus, une assemblée générale serait convoquée par le président afin d'élire de nouveaux administrateurs.

SECTION 2 - REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 31 - RÉUNIONS

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 4 fois par an.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée cinq jours au moins avant la date de réunion.

Le conseil peut, le cas échéant, tenir ses réunions par tout moyen de visioconférence ou de télécommunication, à l'exception de la réunion convoquée pour arrêter les comptes annuels et de celle convoquée pour procéder à l'élection du président du conseil d'administration et des membres du bureau.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister au conseil d'administration, lequel délibère alors sur cette présence.

Le dirigeant opérationnel assiste de droit à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le commissaire aux comptes titulaire est convoqué au moins pour le conseil d'administration chargé d'arrêter les comptes annuels.

Au titre des dispositions relatives aux pouvoirs de sanction de la SGAM ou de l'UMG, il est prévu l'application des dispositions suivantes :

Dans les conditions prévues dans les statuts de la SGAM et de l'UMG et les conventions d'affiliation en cas de mise en œuvre de la solidarité financière ou des pouvoirs de sanction de la SGAM ou de l'UMG, un représentant de la SGAM ou de l'UMG pourra, à leur demande, participer au conseil d'administration de la mutuelle, cette participation étant assortie :

- de propositions de mesures correctrices au conseil d'administration de la mutuelle,
- du droit de demander l'inscription de résolutions à une prochaine assemblée générale de la mutuelle. Dans ce cadre, le représentant de la SGAM ou de l'UMG pourra participer aux conseils d'administration et assemblées générales de la mutuelle.

ARTICLE 32 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants élus par les salariés de la mutuelle assistent avec voix délibérative aux séances du conseil d'administration.

Les deux représentants des salariés au conseil d'administration sont élus par l'ensemble des salariés électeurs tels que définis à l'article L.114-16-2 du code de la mutualité et selon les modalités prévues audit article, dans le respect des conditions d'éligibilité et des

incompatibilités qu'il fixe, appréciées à la date du scrutin.

L'appel à candidatures auprès des salariés, la réception des listes de candidatures et leur publication ainsi que le résultat des élections et les modalités pratiques d'organisation du vote électronique seront effectuées par voie dématérialisée, selon un calendrier électoral déterminé par le conseil d'administration en lien avec la direction compétente pour établir la liste électorale.

Le mandat est gratuit et sa durée est fixée à trois ans.

En cas de vacance d'un poste en cours de mandat par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, celui-ci est pourvu pour la durée qui reste à courir par le candidat de la même liste ayant obtenu le plus grand nombre de voix derrière le candidat à l'origine de la vacance ; en cas d'égalité des voix, le siège sera attribué au candidat dont le contrat de travail est le plus ancien.

ARTICLE 33 - DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président et des membres du bureau.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs, les représentants des salariés au conseil d'administration ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à une obligation de confidentialité et de réserve s'opposant à la divulgation du contenu et de la teneur des débats.

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 34 - COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration :

- arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale. Le rapport de gestion comporte les renseignements visés à l'article L.114-17 du code de la mutualité ainsi que les informations visées à l'article L.212-6 du code de la mutualité,

- b) établit, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L.212-7 du code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe incluant les informations visées à l'article L.212-6 du code de la mutualité qu'il communique à l'assemblée générale,
- c) établit les rapports narratifs destinés à l'ACPR : le rapport régulier au contrôleur (RSR), le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR), le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (ORSA), et le rapport actuariel,
- d) établit également, si nécessaire, un rapport annuel 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, qu'il présente à l'assemblée générale,
- e) approuve le rapport sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R.341-9 du code des assurances,
- f) établit le rapport sur le contrôle interne du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme en application de l'article R.561-38 du code monétaire et financier et de l'article A.310-9 du code des assurances.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées à l'article L.221-2 III du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale à laquelle il rend compte des décisions qu'il prend en la matière.

Le conseil d'administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale pour les opérations individuelles. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le conseil d'administration procède à la mise en place d'un comité d'audit.

Il peut également demander la création de commissions ou groupes de travail, lesquels sont définis au règlement intérieur.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président, en qualité de personne physique, qui sera l'un des dirigeants effectifs de la mutuelle conformément à l'article 35 ci-dessous.

Sur proposition de son président, le conseil d'administration nomme le dirigeant opérationnel, qui ne peut pas être un administrateur. Il met fin à ses fonctions suivant la même procédure. Le conseil approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle (article L.211-14 du code de la mutualité).

Le conseil est informé de la nomination des personnes responsables de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du code de la mutualité, placées sous l'autorité du dirigeant opérationnel. Le conseil d'administration :

- entend ces responsables, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an,
- approuve, sur proposition du dirigeant opérationnel, les procédures permettant à ces responsables de saisir

directement le conseil lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil approuve les politiques écrites relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L.310-3 du code des assurances.

Le conseil 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 R.211-15 du code de la mutualité).

Le conseil d'administration délibère sur les mesures correctrices proposées par le représentant nommé par le conseil d'administration de l'union mutualiste de groupe mandaté à cet effet par ledit conseil.

Plus généralement, le conseil d'administration veille à accomplir toutes missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicables aux mutuelles.

Il dispose pour pourvoir au bon fonctionnement de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément confiés à l'assemblée générale ou à un autre organe de la mutuelle.

ARTICLE 35 - DIRECTION EFFECTIVE DE LA MUTUELLE

La direction effective de la mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Conformément à l'article R.211-15 du code de la mutualité, ces deux personnes sont, au minimum, le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel selon la même procédure. Le conseil d'administration, sur proposition du président approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel. Les fonctions clés de la mutuelle sont placées sous la responsabilité du dirigeant opérationnel.

Une ou plusieurs personnes physiques, désignées par le conseil d'administration de la mutuelle sur proposition de son président peuvent également être désignées comme dirigeant effectif.

Le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur, est nommé par le conseil d'administration de la mutuelle sur proposition du président (article L.211-14 du code de la mutualité)

La nomination et le renouvellement des dirigeants effectifs sont notifiés à l'ACPR dans les conditions prévues à l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier.

Les dirigeants effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la mutuelle, dans les conditions définies par le conseil d'administration.

Le conseil d'administration définit les situations d'absence ou d'empêchement des dirigeants effectifs de manière à garantir la continuité permanente et la régularité de l'activité de la mutuelle.

Les dirigeants effectifs représentent la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

ARTICLE 36 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier l'exécution de certaines missions, qui ne portent pas sur la politique générale de la mutuelle et qui ne lui sont pas expressément réservées par la Loi, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le conseil d'administration peut confier au président ou à un administrateur nommé désigné, et au dirigeant opérationnel lorsqu'il est nommé, le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ou le dirigeant opérationnel ainsi désigné, agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

ARTICLE 37 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AUX SALARIÉS

Le conseil d'administration, sous sa responsabilité et son contrôle, délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle qu'il exerce dans les limites de l'objet de la mutuelle et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

ARTICLE 38 - MANDATAIRE MUTUALISTE

Conformément à l'article L.114-37-1 du code de la mutualité, la mutuelle peut désigner une personne physique en qualité de mandataire mutualiste, dont les fonctions sont distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16, et qui apporte à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour peuvent être remboursés dans les mêmes conditions et les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 39 - INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

La mutuelle peut cependant décider de verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité, ainsi qu'aux articles R.114-4 et suivants et à l'article A.114-26 du même code.

ARTICLE 40 - REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour dans les limites fixées par arrêté du ministre en charge de la mutualité.

ARTICLE 41 - SITUATIONS ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

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 toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel (article L.114-31 du code de la mutualité).

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la fin de leur mandat.

Toute convention intervenant directement entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, ou une personne morale dans laquelle un administrateur ou dirigeant opérationnel est directement ou indirectement intéressé est soumise aux procédures spéciales définies aux articles L.114-32 à L.114-34 du code de la mutualité.

ARTICLE 42 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

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

Les administrateurs sont tenus de faire connaître 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.

Les administrateurs sont tenus de suivre le plan de formation qui leur est proposé conformément à l'article L.114-25 du code de la mutualité.

ARTICLE 43 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À L'AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sous réserve des dispositions de l'article 44 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou une partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou dirigeant opérationnel est indirectement intéressé, ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs ou dirigeant opérationnel de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 44 - CONVENTIONS COURANTES AUTORISÉES SOUMISES À UNE OBLIGATION D'INFORMATION

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

ARTICLE 45 - CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel 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.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au dirigeant opérationnel lorsque celui-ci est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 46 - RESPONSABILITÉ

Conformément à l'article L.114-29 du code de la mutualité, la responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison du non-respect des dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

Les administrateurs peuvent être pénalement responsables.

CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 - ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 47 - ÉLECTION

Le conseil d'administration élit, parmi ses membres, un président qui est élu en qualité de personne physique.

Les modalités de candidature à la présidence sont précisées dans le règlement intérieur.

L'élection se déroule à bulletin secret, au scrutin uninominal majoritaire à un tour. En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au plus jeune.

Le président est élu pour une durée de six ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le président peut à tout moment être révoqué par le conseil d'administration.

ARTICLE 48 - VACANCE

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du président, ou de la cessation de son mandat 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, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil d'administration est convoqué dans les plus brefs délais à cet effet par le vice-président le plus âgé en cas de pluralité.

ARTICLE 49 - FONCTIONS

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du code monétaire et financier.

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

Le président convoque le conseil d'administration ainsi que l'assemblée générale et en établit l'ordre du jour.

Les dirigeants effectifs avisent les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

SECTION 2 - BUREAU

ARTICLE 50 - COMPOSITION

Le bureau est composé du président et de 8 membres définis comme suit :

- deux vice-présidents,
- un secrétaire général et un secrétaire général adjoint,
- un trésorier général et un trésorier général adjoint,
- deux membres du bureau

ARTICLE 51 - ÉLECTION DU BUREAU

Les membres du bureau du conseil d'administration, sont élus à bulletin secret pour six ans par le conseil d'administration, parmi ses membres, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration. Ils sont rééligibles.

Les modalités de candidature aux sièges du bureau sont précisées dans le règlement intérieur.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance à un siège de membre du bureau, pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration, peut pourvoir à son remplacement en procédant à une nouvelle élection. Le conseil d'administration est convoqué à cet effet par le président. Le membre ainsi élu au bureau achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 52 - RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

Le bureau se réunit sur convocation du président selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

Le dirigeant opérationnel assiste de droit aux réunions du bureau.

ARTICLE 53 - LES VICE-PRÉSIDENTS

En cas d'empêchement du président, l'un des vice-présidents le supplée dans ses missions de représentation à l'exclusion de toute mission liée à sa fonction de dirigeant effectif.

ARTICLE 54 - LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET SON ADJOINT

Le secrétaire général veille au respect des procédures administratives et des dispositions statutaires et il est responsable de la rédaction des procès verbaux et de la conservation des archives.

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général et le supplée en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 55 - LE TRÉSORIER GÉNÉRAL ET SON ADJOINT

Le trésorier général soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport relatif aux transferts financiers entre mutuelles prévu au paragraphe m et le plan de financement prévisionnel prévu au paragraphe n de l'article L.114-9 du code de la mutualité,
- les éléments nécessaires à l'élaboration du rapport de gestion visés à l'article L.114-17 du code de la mutualité,
- un rapport annuel synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le trésorier général adjoint seconde le trésorier général et le supplée en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

CHAPITRE I - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 56 - PRODUITS

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

1. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres participants ou honoraires dont le montant est déterminé par l'assemblée générale et dédié au fonds d'établissement,
2. les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
3. les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
4. les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
5. les produits financiers,
6. plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la Loi conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 57 - CHARGES

Les charges comprennent notamment :

1. les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit,
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
3. les versements faits aux unions et fédérations,
4. les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats,

5. les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-6 du code de la mutualité,
6. la contribution prévue à l'article L.612-20 du code monétaire et financier affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions,
7. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 58 - APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du conseil d'administration à l'assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L.114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

CHAPITRE II - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE, SYSTEME FÉDÉRAL DE GARANTIE

ARTICLE 59 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS

Les placements et retraits de fonds sont décidés par le conseil d'administration suivant les conditions fixées par les dispositions légales en vigueur.

Il peut déléguer la réalisation de ces opérations aux dirigeants effectifs.

ARTICLE 60 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 61 - SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE

La mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dite « Mutualité Française ».

CHAPITRE III - COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 62 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Le président convoque le(s) commissaire(s) aux comptes à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie, le cas échéant, les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration,
- prend connaissance de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité, dont il doit être avisé par les dirigeants effectifs,
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci, sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale dans les meilleurs délais à l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait ou décision mentionnés à l'article L.510-6 du code de la mutualité et L.612-44 du code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et du comité d'audit ainsi que de l'autorité de contrôle, les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

CHAPITRE IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 63 - MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est actuellement fixé à la somme de 381 100 €, en accord avec les dispositions prévues par l'article R.212-1 du code de la mutualité.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article L.114-12-I du code de la mutualité, sur proposition du conseil d'administration.

TITRE IV - INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 64 - ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Lors des formalités d'adhésion, un exemplaire des statuts, du règlement intérieur, s'il existe, et du (ou des)

règlement(s) mutualiste(s) sont mis à disposition de chaque membre participant. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Les membres participants relevant d'opérations collectives reçoivent de la part de la personne morale signataire du contrat collectif une notice d'information rédigée par la mutuelle dans les conditions précisées par le code de la mutualité.

Les modifications de ces documents sont portées à la connaissance des adhérents par tout moyen, notamment par courrier simple, par un bulletin d'information ou via le site web de la mutuelle .

Les membres participants sont informés :

- des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent,
- du système de garantie auquel la mutuelle adhère.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 65 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas de dissolution judiciaire ou administrative prévus par les articles L.212-15 et L.212-16 du code de la mutualité, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions de quorum et de majorité renforcés.

Lors de la même réunion, l'assemblée générale désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1.

La mutuelle en informe immédiatement l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, laquelle prononce alors la caducité de l'agrément. Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, elle soumet pour approbation à l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation, ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

L'assemblée générale nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du conseil d'administration et du comité d'audit.

ARTICLE 66 - INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

ARTICLE 67 - MÉDIATION

La mutuelle met en place au bénéfice de ses membres participants et de leurs ayants droit un dispositif de médiation dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

TITRE VI - REPRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DANS LES ORGANISMES TIERS

ARTICLE 68 - REPRÉSENTATION DE LA MUTUELLE A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE D'ORGANISMES TIERS

La désignation des personnes physiques représentant AÉSIO mutuelle à l'assemblée générale d'un organisme tiers, quel que soit le mode de représentation, relève de la compétence du conseil d'administration sur proposition du président. La désignation des personnes physiques représentant AÉSIO mutuelle aux assemblées générales de la FNMF, des unions territoriales, des unions régionales et des SCI s'effectue après consultation du plus proche conseil d'administration.

Toute délégation ou candidature n'ayant pas respecté les règles fixées par le présent article sera considérée de plein droit comme nulle et non avenue.

Toute personne physique mandatée pour participer à l'assemblée générale d'un organisme tiers est tenue, en sa qualité de mandataire, de respecter les consignes et orientations d'AÉSIO mutuelle.

Le non-respect des obligations inhérentes à la qualité de mandataire, constaté par les dirigeants effectifs, met fin à la validité du mandat du représentant avec effet immédiat. Cette décision de retrait est portée à la connaissance du conseil d'administration ainsi que de l'organisme tiers.

Le conseil d'administration peut procéder au retrait du mandat.

ARTICLE 69 - REPRÉSENTATION DE LA MUTUELLE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION, BUREAU, CONSEIL DE SURVEILLANCE, DIRECTOIRE, GÉRANCE OU PRÉSIDENT D'ORGANISME TIERS

Toute personne physique souhaitant candidater aux fonctions de membre du conseil d'administration, du bureau, du conseil de surveillance, du directoire, de gérant ou de président au sein d'un organisme tiers doit au préalable obtenir l'accord exprès du conseil d'administration d'AÉSIO mutuelle.

Toute candidature n'ayant pas respecté les règles fixées par le présent article sera considérée de plein droit comme nulle et non avenue.

Toute personne physique mandatée par AÉSIO mutuelle élue à une instance décisionnelle d'un organisme tiers

est tenue, en sa qualité de mandataire, de respecter les consignes et orientations d'AÉSIO mutuelle ainsi que l'intégralité des dispositions de la charte de déontologie des élus approuvée par le conseil d'administration d'AÉSIO mutuelle et annexée au règlement intérieur.

Le non-respect des obligations inhérentes à la qualité de mandataire emporte suspension immédiate de la validité du mandat du représentant. Le président soumet au plus proche conseil d'administration la décision de retrait du mandat pour approbation. Cette décision de retrait est portée à la connaissance de l'organisme tiers.



STATUTS DE L'ASSOCIATION « REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE »

ASSOCIATION LOI DE 1901

Article 1 - Forme

Il est formé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901, ainsi que par tous les textes subséquents.

Article 2 - Dénomination

La dénomination de l'association est :

REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE
« R.M.P »

Article 3 - Sièg

(Article modifié par l'AGE du 03/10/2022)

Le sièg de l'association est fixé :

1050 Chemin des Exquerts
ZA la TAPY
84 170 MONTEUX

Il pourra être transféré sur simple demande du Conseil d'Administration qui devra être ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 4 - Objet

(Article modifié par l'AGE du 02/09/2013)

L'association a pour objet dans l'intérêt de ses membres de :

- Mener un rapprochement en vue d'une action et d'une collaboration commune de personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne
- Mener et gérer librement ce rapprochement dans l'intérêt de ses membres. Les membres lui donnent tout pouvoir pour déterminer et choisir librement ces personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de

mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne.

- Mettre au point au profit des adhérents des contrats de groupes d'assurance Santé aux conditions de garanties et de tarifs les plus favorables.

Article 5 - Membres

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

L'association se compose de :

1 : *Membres d'honneur*

Sont membres d'honneur les personnes qui ont rendu des services signalés à l'association et dispensés de droit d'entrée.

2 : *Membres actifs ou adhérents*

Sont membres actifs ou adhérents, les personnes qui ont adhéré à un contrat groupe souscrit par l'association et sont à jour de leurs cotisations statutaires.

Chaque membre prend l'engagement de respecter les présents statuts qui lui sont communiqués ou tenus à disposition lors de l'entrée de l'Association.

Article 6 - Admission

Pour faire partie de l'Association, les conditions nécessaires et suffisantes sont les suivantes :

- Remplir les conditions d'adhésion aux contrats d'assurances santé souscrit par l'Association,
- Adhérer à un contrat d'assurance santé souscrit par l'Association,
- S'acquitter des cotisations associatives.

Article 7 - Perte de la qualité de membre

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

La qualité de membre se perd par le seul fait de ne plus faire partie du réseau d'adhérent en ne bénéficiant plus d'un contrat d'Assurance santé et/ ou prévoyance suite à :

- décès,
- résiliation pour non-paiement de la cotisation annuelle du contrat d'assurance
- démission notifiée par lettre recommandée adressée au Président de l'Association. Toutefois pour les membres actifs, la démission se fait dans les formes précisées par la notice d'information du contrat Santé remise au membre lors de son adhésion à l'Association.
- radiation prononcée par le conseil d'administration pour motif grave

Article 8 - Les ressources de l'association

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations fixées par l'assemblée générale : éventuels droits d'entrée acquittés par les nouveaux membres et cotisations annuelles,
- les subventions éventuelles de l'état, des départements et des communes,
- toute subvention ou participation de toute nature provenant d'un partenaire d'assurance ou d'une autre association.

Article 9 - Conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil d'administration composé de membres élus pour trois ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le nombre des membres du conseil d'administration ne peut être inférieur à trois et ne peut excéder six membres.

En cas de vacance, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année en cours de laquelle expire leur mandat.

Article 10 - Organisation du conseil d'administration

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé de trois membres au moins.

Les membres du bureau sont nommés pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur.

Le bureau est formé au moins :

- d'un Président
- d'un Trésorier
- d'un Secrétaire

Pour les besoins de fonctionnement du bureau il peut en outre être procédé à la nomination d'un vice-président, d'un trésorier adjoint et d'un secrétaire adjoint.

Article 11 - Pouvoirs du conseil d'administration

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'association, dans les limites de son objet et dans celle imposées par la loi.

Le conseil d'administration dispose également des pouvoirs les plus étendus pour décider des modifications suivantes :

- Fixation et révision du montant d'un éventuel droit d'entrée,
- Fixation et révision du taux de cotisation,

Le Président assume sous sa responsabilité la direction générale de l'association et la représente dans ses rapports avec les tiers. Il a la faculté de se faire assister dans cette mission par un vice président nommé par le conseil.

Il est en outre chargé de présider les séances du conseil, sauf absence, auquel cas la présidence de la séance revient au vice président et à défaut à l'administrateur présent le plus âgé.

Le trésorier assume sous sa responsabilité la gestion financière de l'association. Il perçoit les cotisations et subventions au nom de l'association et règle les charges. Il a pour obligation de soumettre annuellement au conseil d'administration un rapport sur la gestion financière de l'association. Il peut se faire assister



dans cette mission par un trésorier adjoint nommé par le conseil.

Le secrétaire assume sous sa responsabilité la gestion administrative de l'association. Il convoque après accord du président et du conseil

d'administration le conseil et les assemblées générales. Il peut se faire assister dans cette mission par un secrétaire adjoint nommé par le conseil.

Article 12 - Délibération du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige, sur la convocation de son président ou celle du tiers au moins de ses membres.

Les convocations sont faites par tous moyens.

Le conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins des administrateurs sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les délibérations sont constatées dans des procès verbaux établis conformément aux dispositions légales.

Article 13 - Assemblée générale ordinaire

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

L'Assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association et se réunit chaque année **le premier samedi du mois de Mai** pour statuer sur les comptes de l'exercice clos.

L'Assemblée générale ordinaire est valablement constituée quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. Les décisions, pour être valables, devront être prises à la majorité des membres actifs présents ou représentés, les votes ayant lieu à main levée, sauf si le vote à bulletin secret est demandé par le quart des membres effectivement présents.

Si les décisions prises modifient les statuts, sans toutefois porter atteinte à l'idée directrice du groupement, tout pouvoir et compétence sont donnés au conseil d'administration et celles-ci ne seront valables que si elles sont adoptées par les

deux tiers au moins. (en cas de partage la voix du président est prépondérante).

L'Association se réunissant, **de façon impérative**, chaque année, le premier samedi du mois de Mai, il n'est pas nécessaire de convoquer nominativement les membres de l'Association. Toutefois, en cas d'empêchement exceptionnel, de tenir la réunion le premier samedi du mois de Mai,

les membres seront informés par tout moyen, de la nouvelle date de réunion.

L'ordre du jour et tout document officiel seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'Administration. Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu au renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire. Ils sont établis sans blanc, ni rature, sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'association. Ne devront être traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale statue à la majorité des voix dont disposent les membres présents ou représentés. Le vote par correspondance n'est pas admis.

Le vote par procuration est admis à condition que la procuration soit établie au nom du conjoint ou membre de l'association. Les pouvoirs seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Si besoin est ou sur demande de la moitié plus un des inscrits, le président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, par « tous moyens ».



Article 14 - Droit de communication des membres

Tout membre de l'association a le droit d'obtenir communication des documents nécessaires pour lui permettre de statuer en toute connaissance de cause sur la gestion et la situation morale de l'association.

Les présents statuts modifiés ont été approuvés par l'AGE du 31/12/2017 et signés par les nouveaux membres du conseil d'administration et du Bureau.

Article 15 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration qui le fait alors approuver par la prochaine Assemblée Générale.

Ce règlement est destiné à fixer les règles de fonctionnement et complète les statuts, notamment sur l'administration interne de l'association.

Article 16 - Exercice

Chaque exercice a une durée d'une année qui commence le 1er janvier et finit le 31 décembre.

Par exception le premier exercice commencera le jour de la déclaration de l'association et se terminera le 31 décembre 2014.

Article 17 - Comptes annuels

A la clôture de chaque exercice le trésorier dresse le bilan et le soumet à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire.

Il établit un rapport sur la gestion de l'association.

Article 18 - Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents ou représentés à l'assemblée générale extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif s'il y a lieu est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 Août 1901.

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Génésia

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n°E04248815 entre :

- d'une part, le souscripteur l'Association RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) - Association régie par la Loi de 1901, enregistrée à la Préfecture du Vaucluse sous le n°W843003480, située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.
- et d'autre part l'organisme assureur AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°775 627 391), dont le siège social est situé 4 Rue du Général Foy - 75008 PARIS.
- Ce contrat est ouvert aux membres de l'association RMP.

La distribution du contrat est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA - Intermédiaire d'assurance - RCS d'Avignon sous le n°840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.oriass.fr) - située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION: Gestionnaire de produits d'assurances - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.oriass.fr) - située au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n°E04248815, souscrit par l'association RMP auprès de AÉSIO mutuelle, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

LEXIQUE

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PRÉVENTION

Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les actes sont les suivants :

- 1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
L'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes,
N'intervienne qu'une fois par dent,
Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14ème) anniversaire.
- 2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) (SC12).
- 3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4) Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie (CDQP002)
- 6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
- 7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
Coqueluche : avant 14 ans,
Hépatite B : avant 14 ans,
BCG avant 6 ans,
Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
Haemophilus influenzae B,
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois
(<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000427319>).

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations. Régime général de la sécurité sociale, régime sécurité sociale des indépendants, régime des exploitants agricoles, régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – BRSS

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement ses ayants-droit affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- son conjoint,
- leurs enfants âgés jusqu'à leurs 18 ans,
- les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26 ans :
 - S'ils poursuivent des études, apprentissage y compris (le certificat de scolarité ou le contrat d'apprentissage, ou de professionnalisation, devra être produit) ;
 - S'ils sont en recherche d'un premier emploi, à condition que soit présenté chaque mois une attestation de Pôle Emploi ;
- les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé (sur justificatifs).

BULLETIN D'ADHÉSION

Document contractuel formalisant la volonté du membre participant de bénéficier pour ses ayants droits et lui-même d'un niveau de garantie et d'un tarif.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document non contractuel envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties s'appliquent partiellement ou ne s'appliquent pas. Ce délai court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

GARANTIE DE BASE

Il s'agit de l'ensemble des niveaux. Le membre participant a le choix entre 5 niveaux. Les garanties sont réparties en 3 pôles (Pôle soins courants et Aides auditives ; Garanties Plus, Pôle Hospitalisation, Pôle Dentaire et Optique) et les « plus » ASSUREMA.

GRAND APPAREILLAGE : Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique adhérent à l'association souscriptrice qui adhère à la garantie GÉNÉSIA qui « en ouvre le droit à ses ayant-droit ».

MUTUELLE

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

PETIT APPAREILLAGE : Le petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc., hors pansements et optique médicale. (Titre II chapitre 1 de la LPPR).

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

TICKET MODERATEUR (TM)

Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie GÉNÉSIA a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (*cf. Descriptif des prestations*). Elle intervient en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie GÉNÉSIA est confiée à ASRAMA GESTION, dont le Centre de Gestion est situé 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, ci-après dénommé le Gestionnaire.

VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Par ailleurs, pour pouvoir adhérer à la garantie, le Membre participant doit être âgé de 18 ans au moins et de 80 ans au plus au 1er janvier de l'année de l'adhésion. Le Membre participant doit par ailleurs adhérer à l'association souscriptrice du contrat.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle se réserve le droit, à tout moment, de demander au Membre participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire

PRÉSENTATION DES GARANTIES

Descriptif des pôles et des niveaux de couverture

La gamme GÉNÉSIA permet au membre participant de composer la garantie santé la mieux adaptée à lui, ainsi qu'à chacun de ses ayants droit. Elle est composée de trois pôles :

- le pôle dénommé « Soins courants, auditifs et préventifs ; Garanties Plus » ,
- le pôle dénommé « Hospitalisation » ,
- le pôle dénommé « Optique/Dentaire »

Dans chacun de ces pôles, il existe 5 niveaux de couverture.

Choix des pôles et des niveaux de couverture

Le membre participant ne peut pas dépasser deux niveaux de différence entre les trois pôles souscrits (« Soins courants, auditifs et préventifs ; Garanties Plus », « Hospitalisation », « Optique/Dentaire »).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du gestionnaire du Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- Si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de trente (30) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de trente (30) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

La vente à distance est définie comme toute commercialisation de produit sans la présence physique simultanée du consommateur et du distributeur, exclusivement au moyen d'une ou de plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier postal).

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion).

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier ou courriel de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et N° de membre participant], demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [Date sous le format JJ/MM/AAAA].

A [Lieu], Le [Date],

[Signature]

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie pour un effet le 1^{er} jour du mois suivant sa demande.

La demande de modification de la garantie, adressée au Gestionnaire, devra se faire par écrit : signé de la part du Membre participant et donnera lieu à l'envoi, à son attention d'un nouveau certificat d'adhésion actant de cette modification.

En cas de changement de niveau au sein de la garantie, les prestations et plafonds du nouveau niveau s'appliquent.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à l'Assurance Maladie Obligatoire ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée au bulletin d'adhésion jusqu'au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

CHANGEMENT DE SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- D'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 26 ans ayant arrêté ses études ou trouver un emploi, divorce etc.) sur présentation d'un justificatif ;
- D'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- D'un changement du département de résidence ;
- D'un changement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- D'un changement de compte bancaire débité.

Les modifications relatives au changement de situation du bénéficiaire des prestations prennent effet au premier jour du mois suivant la demande.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de l'Assurance Maladie Obligatoire du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "**Risques exclus**".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Pour répondre aux exigences légales et réglementaires et permettre au membre participant de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés à ce régime collectif de prévoyance, la garantie mise en oeuvre est une garantie dite « responsable » (voir définition en annexe). Le caractère responsable du régime nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. La mutuelle pourra en conséquence adapter les prestations en fonction de ces exigences.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire à compter de la date d'effet de la garantie.

PÔLE SOINS COURANTS, AUDITIFS ET PREVENTIFS ; LES GARANTIES PLUS

Médicaments

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

Cures thermales

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge.

Aides auditives

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. A ce titre, une fois le remboursement effectué par l'Assurance Maladie Obligatoire et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) par aide auditive de classe I ou, dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par l'Assurance Maladie Obligatoire, s'applique depuis le 1er janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

GARANTIES PLUS

Prime de naissance ou d'adoption

Versement d'un forfait exprimé dans le tableau de garantie en fonction du niveau choisi. La Mutuelle verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité de l'adhérent est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le versement de la prime est conditionné par l'adhésion de l'enfant sur le contrat de membre participant dans les trois (3) mois qui suivent sa naissance.

Les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants.

Indemnité des frais d'obsèques

Le membre participant et ses ayants droits bénéficient d'une garantie « indemnité de frais d'obsèques », garantie indemnitaire, qui a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Garantie

Le montant de l'indemnité dépend du niveau de garantie souscrit et est précisé au tableau des garanties.

L'attention du membre participant est spécialement attirée sur le point suivant : le montant de l'indemnité est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

Le montant de la garantie est versé, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit inscrits au bulletin d'adhésion, sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur.

Bénéficiaire(s) de la garantie

Le bénéficiaire de la garantie « indemnité de frais d'obsèques » est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient.

En cas de pluralité de bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

Pour le paiement de l'allocation obsèques, le bénéficiaire de la garantie devra adresser à ASRAMA GESTION le bulletin de décès du membre participant ou de son ayant droit et la facture des frais d'obsèques dûment acquittée.

ASRAMA GESTION se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives au traitement du dossier.

Exclusions

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie :

Le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L. 223-9 du Code de la mutualité).

Les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris, crimes, des faits de guerre civiles et étrangères, la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.

Délai de versement des prestations

En cas de décès de l'assuré, les prestations garanties sont réglées au(x) bénéficiaire(s) personne(s) physique(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, l'allocation obsèques est revalorisée à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat.

Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'information et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et Consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

Information annuelle

La Mutuelle procédera aux communications annuelles prévues par l'article L 223-21 du Code de la mutualité.

PÔLE HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations du pôle hospitalisation, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. Correspondent à des établissements sanitaires :

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

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas prises en charge.

PÔLE OPTIQUE-DENTAIRE

Fonctionnement des prestations de l'équipement optique

Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Lorsque l'assuré choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes :

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres :

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;

- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Fonctionnement des prestations de l'équipement lentilles

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Dentaire

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

Les plafonds dentaires (niveaux 3 à 5) s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.

Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :

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

LES « PLUS » ASSUREMA

La garantie comprend également en inclusion :

- l'Assistance,
- la Protection juridique,
- Médecin direct

La description de l'assistance et la protection juridique est détaillée dans les notices d'information correspondantes. La consultation médicale se fait via le service Médecin direct : www.medecindirect.fr.

L'ACTION SOCIALE

La mutuelle et en cas de dépense médicale trop lourde, le membre Participant peut solliciter l'intervention du fond de secours de la mutuelle. Un dossier est à compléter, il porte sur la nature de la demande. Selon les possibilités financières et les ressources du Membre Participant, des aides sont versées pour le financement de matériel médical, par exemple.

Ce fonds social est géré par le conseil de la section territoriale, selon des règles d'attribution et dans les limites d'un budget décidé par le Conseil d'Administration. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois (3) mois par an**. Toutefois, le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS).

Sauf dispositions contraires prévues dans le tableau des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les droits du membre participant doivent être ouverts. Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui d'un de ses ayants droit de son choix. Lorsqu'elle est prévue dans le tableau des garanties, la prime de naissance est versée uniquement au membre participant. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié par la production d'une facture ou note d'honoraires. La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

CONSULTATION DES PRESTATIONS

Le Membre participant a la possibilité de consulter ses remboursements de soins sur l'espace ADHERENTS via le site www.asrama.fr.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle ou son délégataire de gestion pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre Assurance Maladie Obligatoire. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les documents listés ci-après et acquittés pour les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ; soit :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittés,
- pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné : la facture et le décompte de l'assurance Maladie,
- pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privé : la facture acquittée,
- pour de l'optique et du dentaire : le devis accepté et la facture acquittée,
- pour une consultation Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie ... ; la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée.
- pour la prise en charge des vaccins : la prescription médicale (sauf pour le vaccin grippal) et la facture acquittée du pharmacien,
- pour une densitométrie osseuse : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour une chirurgie de la myopie : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour une Fécondation In Vitro / Périodurale : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour les prothèses et l'appareillage : la facture acquittée,
- pour les médicaments prescrits non remboursés : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour le forfait maternité : un extrait d'acte de naissance,
- en cas d'adoption : un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- pour le forfait obsèques : la facture acquittée indiquant les coordonnées de la personne qui a assumé les frais,
- pour les actes de prévention : la prescription et la facture acquittée,
- pour le remboursement de frais de soins d'origine accidentelle : toutes les pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par la Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- pour les cures thermales : la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.
- Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

DATE DES SOINS

La date des soins prise en compte est celle retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire sur le décompte. En l'absence de prise en charge par l'AMO, la date des soins retenue est celle figurant sur la facture acquittée.

Plus précisément, les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste,...) : date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite. Le calcul de l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation prend en considération les prestations payées dans l'année civile en fonction de la date des soins telle qu'elle est définie ci-dessus.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, prothèses auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de tiers payant pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

L'organisme assureur s'autorisera, par l'intermédiaire du gestionnaire, à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

RISQUES EXCLUS

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

- La guerre civile et étrangère ;
- La désintégration du noyau atomique ;
- La faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle ou son gestionnaire ;
- L'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- Les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements ; sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- Les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux de garanties.
- Les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, s'ils ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.
- La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- La majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;
- La franchise des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle et un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu de l'Assurance Maladie Obligatoire et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- En cas de résiliation du contrat collectif par l'association
- Dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- Dès que le Membre participant bénéficie du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire ;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation suite à un démarchage ou à de la vente à distance conformément aux dispositions de l'article « Droit de renonciation » de la présente Notice ;
- En cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- En cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information modifiée.
- En cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :
 - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite au siège d'ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le Gestionnaire confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de deux (2) mois (avant le premier novembre) adressée à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- En cas de non-paiement des cotisations (Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS »).

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le membre participant, signifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile (soit le 31 octobre). La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année. Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- En cas de modification de ses droits et obligations, le membre participant peut demander la radiation de ses ayants-droit dans un délai d'un mois à compter de la remise, par la Mutuelle, de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de radiation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux droits et obligations.
- En cas de changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La radiation prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.
- La résiliation du membre participant entraîne la résiliation des ayants droit.

EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou utilisant leur carte de tiers-payant sans être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut-être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux Statuts de la Mutuelles.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement indûment perçus.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fixé en fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Cas particuliers :

- le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1er janvier de l'année des 20 ans du bénéficiaire des prestations. A partir de cette date, il se verra appliquer une cotisation adulte.
- à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 90 ans, la cotisation du bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.
- Gratuité de la cotisation enfant à partir du 3^{ème} enfant

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par le membre participant. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel (sauf paiement par chèque qui ne peut être mensuel).

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, ou de la législation fiscale ou sociale.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de dix euros.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant reconnaît avoir été informé par le gestionnaire, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'association souscriptrice du contrat collectif.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

Le membre participant est informé que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Entreprise. La Mutuelle est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.
La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : contact-cnif@asrama.fr.
- par mail à l'adresse suivante : ASRAMA GESTION - à l'attention du DPO - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnif.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au membre participant toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'adhésion ou à sa modification.

AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

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

PRESCRIPTION

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

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, concernant garantie obsèques, la prescription est de 10 ans.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

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

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

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

CONTROLE

Avant ou après le paiement des prestations, l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

L'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire, se réserve également le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire,.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de l'organisme assureur.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à l'organisme assureur l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et l'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire,, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'organisme assureur, par l'intermédiaire du gestionnaire et le membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour l'organisme assureur et le membre participant.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 du Code de la mutualité.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

Cette subrogation s'exerce pour toutes sommes versées par la Mutuelle au Membre participant ou à ses ayants droit : Tant les prestations versées au titre d'une réparation indemnitaire totale ou partielle, que les autres prestations versées sous formes d'indemnités forfaitaires dont le mode de calcul est fixé à l'avance.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis, n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être adressée au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- E-mail adressé à : reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro de contrat ;
- Courrier adressé au Service Réclamations d'ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de contrat.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite et répondra au membre participant dans un délai maximum de deux (2) mois après envoi de la réclamation écrite.

En l'absence de réponse dans le délai précité, ou en cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant et ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de la FNMF, dans le délai d'un (1) an suivant l'épuisement des voies de recours internes de la Mutuelle selon les modalités suivantes :

- Soit par courrier : Médiateur de la FNMF – Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <http://saisine.mediateurmutualite.fr>.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties, qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

- Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

AÉSIO mutuelle : Assureur du contrat

4 Rue du Général Foy - 75 008 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 775 627 391)

REGIMES MEDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) : Souscripteur du contrat collectif - Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

ANNEXE 1 - Qu'est-ce qu'une garantie responsable ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1°) Des prises en charge obligatoires :

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (= **100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an ;
- la prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée ;
- la prise en charge de l'intégralité du forfait patient urgence.

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) **et**

doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(*). Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3°) Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives :

• **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

• **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro »), tels que définis dans la LPP, au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de quatre (4) ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés.
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,

¹ Liste des Produits et Prestations

- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

4°) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficiaire du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficiaire du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

- Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

AÉSIO mutuelle : Assureur du contrat

4 Rue du Général Foy - 75 008 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 775 627 391)

REGIMES MEDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) : Souscripteur du contrat collectif - Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS						PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 1	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 2	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 3	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 4	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 5	
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux							
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes							
Médecins signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Médecins non signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	105 % B.R.	130 % B.R.	180 % B.R.	
Médecins non conventionnés	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Honoraires paramédicaux							
Auxiliaires médicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues)	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	120 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Psychologue adhérent au dispositif MonPsy	60 % B.R.	40 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses et examens de laboratoire							
Analyses et examens de laboratoire	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Actes d'imagerie							
Médecins signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Médecins non signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	105 % B.R.	130 % B.R.	180 % B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie							
Médecins signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Médecins non signataires D.P.T.M*	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	105 % B.R.	130 % B.R.	180 % B.R.	
Médecins non conventionnés	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Médicaments							
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Matériel médical							
Accessoires, appareillages, orthopédie	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	
Grand appareillage	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	150 % B.R.	200 % B.R.	Limité à un plafond de 2000 € par an et par bénéficiaire. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.
Transports							
Transports	65 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Cures thermales remboursées par l'A.M.O**							
Forfait thermal et honoraires de surveillance	70 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Hébergement et transport	65 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
AIDES AUDITIVES							
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾	Classe I (Le professionnel de santé a pour obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis)						
Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Forfait par appareil, par an et par bénéficiaire.
Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	Frais réels - 60 % B.R.	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾	Classe II - Tarifs libres						
Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R. + 300 €	100 % B.R. + 300 €	100 % B.R. + 300 €	100 % B.R. + 300 €	Forfait par appareil, par an et par bénéficiaire.
Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R. + 300 €	100 % B.R. + 400 €	100 % B.R. + 450 €	100 % B.R. + 650 €	
Accessoires, entretien, piles, réparation							
Accessoires, entretien, piles, réparations	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R. + 30 €	100 % B.R. + 30 €	100 % B.R. + 30 €	100 % B.R. + 30 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
AUTRES PRESTATIONS - DANS LA LIMITE DE 150 € PAR ANNÉE CIVILE ET PAR BÉNÉFICIAIRE							
Vaccins anti grippe				7 €			Par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale.
Vaccins non remboursés par l'A.M.O**				50 €			Par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale.
Analyses non remboursées et médicaments homéopathiques				50 €			Par an et par bénéficiaire, pour l'ensemble des postes et sur prescription médicale.
Dermatologue				50 €			Par an et par bénéficiaire, uniquement sur les actes hors nomenclature et sur prescription médicale.
Bilan nutritionnel				50 €			Sur la 1ère séance.
Dietéticien				30 €			Par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire.
Sevrage tabagique				75 €			Par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale.
Contraceptif non remboursé sur prescription médicale, spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesses non remboursé				50 €			Par an et par bénéficiaire.
Pédicure, podologue				30 €			Par an et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS						PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 1	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 2	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 3	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 4	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 5	
PÔLE SOINS COURANTS ET AIDES AUDITIVES	Ostéopathie			50 €			Par séance, dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire.
	Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Psychothérapie, Sophrologie, Psychomotricité, Psychologie, Micro kinésithérapie, Phytothérapie, Réflexologie, Luminothérapie			15 €			Par séance, dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire.
	Dépistage non remboursé : cancer du col de l'utérus, infections urinaires, cancer du colon, polyarthrite rhumatoïde, bilan allergique			50 €			Par an et par bénéficiaire.
	Thalasso thérapie jeune maman			150 €			Par an et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure.
	Thalasso thérapie 67 ans et plus			150 €			Par an et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure.
	Ostéodensitométrie osseuse			40 €			Par an et par bénéficiaire.
	Prévention soleil			30 €			Pour les enfants de moins de 16 ans, par an et par bénéficiaire.
	Patch anti douleur			20 €			Pour les enfants de moins de 16 ans, par an et par bénéficiaire.
	Prise en charge club sportif			50 €			Par an et par bénéficiaire.
	Basse vision : loupe, agrandisseur			150 €			Par an et par bénéficiaire.
GARANTIES PLUS							
Prime de naissance ou d'adoption	—	50 €	100 €	125 €	175 €	200 €	
Indemnité de frais d'obsèques	—	1000 €	1000 €	1500 €	2000 €	2500 €	
HOSPITALISATION							
Honoraires, actes et soins							
Médecins signataires D.P.T.M.*	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	130 % B.R.	180 % B.R.	300 % B.R.	
Médecins non signataires D.P.T.M.*	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	110 % B.R.	160 % B.R.	200 % B.R.	
Participation du patient							
Participation du patient	—	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours							
Frais de séjour Ets conventionnés	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	300 % B.R.	
Frais de séjour Est non conventionnés	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Forfait journalier hospitalier	—	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
Chambre particulière • Médecine, chirurgie, obstétrique, • Repos et réadaptation,	—	—	30 € 30 €	40 € 40 €	50 € 50 €	90 € 90 €	Médecine, chirurgie, obstétrique, ambulatoire (par jour). Repos, réadaptation, psychiatrie (par jour, limité à 30 jours par an et par bénéficiaire).
Frais d'accompagnement	—	20 €	20 €	30 €	30 €	40 €	Montant par jour en médecine et chirurgie pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans (limité à 20 jours par an) et de plus de 75 ans (limité à 10 jours par an).
Forfait patient urgences	—	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
Séjours Maternité							
Frais de séjour Ets conventionnés	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	300 % B.R.	
Frais de séjour Ets non conventionnés	80 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	
Forfait journalier hospitalier	—	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière							
Médecine, chirurgie, obstétrique	—	—	30 €	40 €	50 €	90 €	Médecine, chirurgie, obstétrique, ambulatoire (par jour).
Repos et réadaptation	—	—	30 €	40 €	50 €	90 €	Repos, réadaptation, psychiatrie (par jour, limité à 30 jours par an et par bénéficiaire).
Examens divers non pris en charge	—	0 €	0 €	100 €	150 €	200 €	Par an et par bénéficiaire - Pour tout examen prescrit mais non remboursé par le R.O.
DENTAIRE							
Soins, actes et consultations	70 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	225 % B.R.	275 % B.R.	
Soins, actes et consultations stomatologues signataires DPTM*	70 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	225 % B.R.	275 % B.R.	
Soins, actes et consultations stomatologues non signataires DPTM*	70 % B.R.	100 % B.R.	105 % B.R.	155 % B.R.	200 % B.R.	200 % B.R.	
Orthodontie remboursée par l'A.M.O	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R. + 150 €	100 % B.R. + 200 €	100 % B.R. + 250 €	100 % B.R. + 300 €	Par an et par bénéficiaire
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾	Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé						
Prothèses fixes	70 % B.R.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses hors 100 % santé							
Panier à honoraires maîtrisés***	70 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	225 % B.R.	275 % B.R.	Prestations soumises au plafond, une fois le plafond atteint le ticket modérateur reste pris en charge.
Panier à honoraires libres	70 % B.R.	100 % B.R.	125 % B.R.	175 % B.R.	225 % B.R.	275 % B.R.	
Actes non remboursés par l'A.M.O**							
Parodontologie et implantologie	—	—	75 €	100 €	150 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire, prestations soumises au plafond.
Prothèses	—	—	40 €	80 €	110 €	140 €	Forfait par an et par bénéficiaire, prestations soumises au plafond.
Orthodontie	—	—	100 €	200 €	300 €	400 €	Forfait par an et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS						PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 1	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 2	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 3	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 4	REMBOURSEMENT TOTAL GÉNÉSIA 5		
Plafond dentaire								
Plafond dentaire	—	—	—	600 €	800 €	1 500 €	Plafond par an et par bénéficiaire sur les dépassements d'honoraires pour l'ensemble des garanties : prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par l'AMO, implantologie, parodontologie.	
OPTIQUE								
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.								
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A		Classe A (Le professionnel de santé a pour obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis)						
Monture	60 % B.R.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels		
Verres (tous types de correction)	60 % B.R.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels		
Prestations d'appairage	60 % B.R.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verre et/ou monture)		Classe B tarifs libres (En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la classe						
Adultes de 16 ans et plus								
• Monture, verres simples		60 % B.R.	100 % B.R.	90 €	130 €	190 €	250 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
• Monture, verres complexes		60 % B.R.	100 % B.R.	200 €	225 €	280 €	350 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
• Monture, verres très complexes		60 % B.R.	100 % B.R.	200 €	225 €	280 €	350 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Enfant de moins de 16 ans								
• Monture, verres simples		60 % B.R.	100 % B.R.	90 €	130 €	190 €	250 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
• Monture, verres complexes		60 % B.R.	100 % B.R.	200 €	210 €	260 €	300 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
• Monture, verres très complexes		60 % B.R.	100 % B.R.	200 €	225 €	280 €	350 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Autres prestations sur verres et monture		Filtres, prismes et adaptation de la prescription						
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.		
Lentilles								
Lentilles remboursés par l'A.M.O.**	60 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.	100 % B.R.		
Forfait lentilles remboursées ou non par l'A.M.O.**	—	—	20 €	40 €	60 €	80 €	Forfait par an et par bénéficiaire.	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.**								
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.**	—	—	50 €	100 €	150 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil.	
SERVICE PLUS								
Accès au fonds d'action sociale	OUI						Se référer au règlement interne de la commission action sociale.	
LES PLUS ASSUREMA								
Consultation médicale à distance 7j/7 - 24h/24 : avec un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : • Proposition d'un diagnostic médical • Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	OUI						Accédez au service MédecinDirect depuis le site internet www.rmp.fr ou www.medecinirect.fr - Service 100 % confidentiel et sécurisé.	
Assistance vie quotidienne	OUI						Se référer à la notice information Assistance RMA.	
Protection juridique santé	OUI						Se référer à la notice d'information Protection juridique santé CFDP.	

(1) Tels que définis réglementairement

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 666 € au 01/01/2023) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

*D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

** A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

*** Actes soumis à des honoraires limites de facturation sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'A.M.O. Voir autres conditions et limitations dans la partie « Informations complémentaires sur vos remboursements ».

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

• Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

• En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

AESIO mutuelle : Assureur du contrat

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 775 627 391 - Siège social : 4 Rue du Général Foy - 75008 PARIS

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77 - Société par actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.oriass.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par actions simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.oriass.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

ANNEXE À VOTRE CONTRAT « GÉNÉSIA »

Information sur les frais de gestion et le rapport prestations/cotisations assureur

Madame, Monsieur,

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

- Le rapport prestations/cotisations (1) est de 80,42%
- Le taux des frais de gestion (2) s'établit à 24,31% répartis comme suit :

- (1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.
- (2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.
Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE • Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

MATEO • Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION • Gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Email : contact@asrama.fr

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € • RCS Lyon 842 565 111

N° ORIAS : 18 006 620 www.orias.fr

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

AÉSIO MUTUELLE • Assureur du contrat

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 775 627 391 - Siège social : 4 Rue du Général Foy - 75008 PARIS

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

GARANTIE GÉNÉSIA

NIVEAU 2

INFORMATIONS PRÉALABLES

Ces exemples de remboursement n'ont aucune valeur contractuelle.

Ils vous permettent d'estimer, pour une situation précise et un tarif de prestation donné, différents points :

- La prise en charge opérée par l'assurance maladie obligatoire ;
- Les remboursements opérés par votre complémentaire santé pour un niveau 2 de la garantie (si un autre niveau a été souscrit, les remboursements seront plus ou moins élevés) ;
- Vos éventuels restes à charges

Les remboursements effectués en vertu de votre contrat diffèrent selon le niveau de garantie souscrit.

GÉNÉSIA Niveau 2	MONTANT DE RÉFÉRENCE (en Euros)	PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE BASE (en Euros)	PRISE EN CHARGE PAR AÉSIO (en Euros)	RESTE À CHARGE (en Euros)
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	20,00 €	0€
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	271,70 €	0 €	141,30€
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	271,70 €	0 €	179,30€
OPTIQUE : ÉQUIPEMENT OPTIQUE				
Équipement optique classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% Santé)	112,00 €	20,70 €	91,30€	0€
Équipement optique classe B (monture + verres) de verres unifocaux	239,00 €	0,09 €	89,91€	149,00€
DENTAIRE				
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02€	0€
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% Santé)	500,00 €	84,00 €	416,00€	0€
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires	547,90 €	84,00 €	96,00€	367,70€
Couronnes céramo-métalliques sur molaires	547,90 €	84,00 €	96,00€	367,70€
AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00€	0€
Aide auditive de classe II par oreille	1 534,00 €	240,00 €	460,00€	834,00€
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50€	1,00€
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00€	1,00€
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00€	15,00€
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	6,90€	36,00€

AIDE À LA LECTURE DES EXEMPLES

DE REMBOURSEMENT

Hypothèse :

Un médecin spécialiste non adhérent de l'OPTAM facture 56€ sa consultation. Le tarif conventionnel étant de 23€, ce médecin a opéré un dépassement d'honoraires de 33€ (23€ + 33€ = 56€). Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins (le médecin généraliste ayant été consulté avant le médecin spécialiste).

Quelle prise en charge par le régime de base ?

Dans ce cas, l'assurance maladie obligatoire prend en charge 15,10€.

Quelle est la prise en charge par votre complémentaire santé ?

Pour un contrat à 100% de la base de remboursement (100% BRSS), le remboursement opéré en vertu du contrat d'assurance maladie complémentaire serait de 6,90€.

Quel est le reste à charge ?

Dans le présent exemple, le patient-assuré aura 34€ à payer de sa poche (56€ - 15,10€ - 6,90€ = 34€). Cette somme correspond aux 33€ qui sont à sa charge et à 1€ de participation forfaitaire imposé par la législation « contrat responsable ».

L'Adhèrent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistant, doit communiquer son propre numéro d'Adhèrent.

▶ DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhèrent au contrat souscrit via ASSUREMA ou ses partenaires distributeurs,
- les ayants droit du contrat santé géré par le gestionnaire d'ASSUREMA.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties santé souscrites par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhèrent auprès d'ASSUREMA ou ses partenaires distributeurs, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement en France^o ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical").

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

**Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,

survenant au Bénéficiaire.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

par téléphone :



APPEL NON SURTAXE

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger
par téléphone : 00 33 972 723 913

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhèrent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

La plateforme Mon@ssistance est également à votre disposition depuis votre espace personnel. Via la plateforme Mon@ssistance vous pouvez prendre connaissance de vos garanties d'assistance, faire une pré-demande d'assistance en ligne, envoyer vos justificatifs, remplir un formulaire de demande d'accompagnement psycho-social... **Toute demande d'assistance doit nous être formulée au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.**

Pour le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur en outre-mer, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à un contrat santé par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant

ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours

ou prévue de plus de 10 jours consécutives à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, factures).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'Assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.



ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficiaire, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

13. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques,

L'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres. Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

C. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

D. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).



ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

14. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

15. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,

- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

16. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.



PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

17. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

18. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS SANS LIMITE D'ÂGE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche

résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;

- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

19. PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

20. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants. **Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.**

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance ASSUREMA - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation

avec lui.

Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

21. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DEPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente

préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

22. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.



PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

23. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

A tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues dans la limite de 10 entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

24. ASSISTANCE PRÉVENTIVE

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un Diplôme d'État (DE).

B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence de 3 séances ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux pour un maximum de 12 heures ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée maximale de 6 mois ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence de 5 entretiens par année civile.

D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12 heures ;
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

25. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la Gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité.

A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif) l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée dans la limite de 500 euros TTC ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places

disponibles, et le financement de son coût à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B. EPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif) l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif), l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- une prestation d'ergothérapeute à concurrence d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

26. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence de 3 séances ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;
- l'accès à un conseil Gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.



CADRE JURIDIQUE

27. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

28. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat. L'Assisteur 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.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur. L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique. L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

29. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

30. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations

ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

31. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

32. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

33. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

34. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiqués qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmasistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par Internet à l'adresse suivante : <http://bloctel.gouv.fr>.

32. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

33. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance (RMA) est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex. 09.

**PROTECTION JURIDIQUE
SANTÉ LIGHT**



CONDITIONS GENERALES

Accord cadre n° M0ODC207112

ARTICLE 1 L'OBJET DU CONTRAT

Les présentes constituent les conditions générales du contrat d'assurances de protection juridique de particuliers (dénommé ci-après le **CONTRAT**) :

- négocié par **MATEO**, cabinet de courtage agissant sous la marque commerciale ASSUREMA, Société par Actions Simplifiée au capital de 500.000 €, ayant son siège social 243 avenue Cugnot – ZAC des Escampades – 84170 MONTEUX, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés d'AVIGNON sous le numéro 840 862 411 et auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le matricule 18 005 930 (dénommée ci-après l'**INTERMEDIAIRE**),
- auprès de **CFDP ASSUREANCES**, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (dénommée ci-après l'**ASSUREUR**),
- par accord cadre n° **M00DC207112**,
- pour le compte des Bénéficiaires définis ci-dessous.

Le Contrat consiste à « *prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi* » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales.

Comme tout contrat d'assurances, le Contrat est un contrat aléatoire : l'évènement qui déclenche sa mise en œuvre ne doit pas être connu lors de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie n'est pas due.

LES DEFINITIONS :

LE BENEFICIAIRE, L'ASSURE OU VOUS : Le particulier, personne physique, titulaire d'un contrat santé ou prévoyance à titre individuel ou collectif auprès de l'Intermédiaire, ainsi que toutes les autres personnes bénéficiaires désignées au bulletin individuel d'adhésion dudit contrat santé ou prévoyance, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

LE TIERS : Toute personne autre que l'Assuré, l'Assureur ou l'Intermédiaire.

LE FAIT GENERATEUR : Evènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation. En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTERE ALEATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LA DECHEANCE DU DROIT A GARANTIE : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des

conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

LA PRESCRIPTION : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes.

ARTICLE 2 LES SERVICES DE L'ASSUREUR

L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des **renseignements juridiques relevant du droit français et relatifs à la garantie de protection juridique décrite ci-après**.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

UN ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS AU PLUS PROCHE DE VOUS

Sur simple demande, Vous pouvez rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire.

Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

LA GESTION AMIABLE DE VOS LITIGES

A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, l'Assureur s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre,
- Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous faire assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prendre en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendeur dans les mêmes conditions,
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCEDURE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des plafonds contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

LE SUIVI JUSQU'À LA PARFAITE EXECUTION DES DECISIONS

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des plafonds contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- ou lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

LES MONTANTS ET PLAFONDS CONTRACTUELS GARANTIS

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	110
Protocole ou transaction	340
Consultation & expertise	
Consultation de spécialiste	390
Expertise amiable contradictoire	1 120
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance) Médiation de la consommation	390
Médiation conventionnelle Médiation judiciaire Arbitrage Procédure participative	560
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale Assistance à une instruction Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	390
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)	130
Commissions diverses (y compris CIVI) Conseil de l'ordre	560
Ordonnance sur requête (forfait)	450
Référé	670
Référé heure à heure	840

Tribunal de Police	560*
Tribunal Correctionnel	900*
Tribunal / Chambre de proximité	840*
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif Autres juridictions du 1er degré	1 120*
Conseil de Prud'hommes : -Référé, Phase de conciliation, Départage -Phase de Jugement, y compris audiences de mise en état	560* 840*
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou Juridiction d'Appel	1 820*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	560
Cour de Cassation Conseil d'Etat Cour d'Assises	2 100*
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) Juridictions monégasques ou andorranes	1 120*
Juge de l'exécution Juge de l'exéquatour	670
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	
En € TTC	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) : <i>Dont plafond pour démarches amiables : expertise judiciaire :</i>	25 000 560 5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco) :	2 800
Seuil d'intervention :	0
Franchise :	0

Les montants ci-dessous comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée ; il interviendra toutes taxes comprises.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

ARTICLE 3

LA PROTECTION JURIDIQUE SANTE LIGHT

L'ATTEINTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/OU MORALE

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du Tiers responsable de votre préjudice.

LE RECOURS MEDICAL ET PHARMACEUTIQUE

Vous êtes victime d'une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique, d'une erreur de délivrance, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut

de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé,
- un professionnel de santé,
- ou à l'ONIAM.

ARTICLE 4

LES EXCLUSIONS GENERALES

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVEE, ET PLUS GENERALEMENT QUI NE RELEVANT PAS DE LA GARANTIE EXPRESSEMENT DECRITE,
- TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,
- DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTERIEURES ET CONNUES DE VOUS A LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT OU QUI PRESENTENT UN CARACTERE NON ALEATOIRE,
- EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES, CONTRACTUELLES OU INCONTESTABLES,
- DECOULANT D'UNE FAUTE OU D'UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES OU NUISIBLES,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ETES EN ETAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DEPISTAGE,
- RELATIFS A L'INDEMNISATION DE RISQUES SERIELS, D'AFFECTIIONS LIEES A L'AMIANTE OU AUX PRIONS, OU FAISANT SUITE A DES EXPERIENCES MEDICALES OU BIOMEDICALES,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITE CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DEFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE,
- RELATIFS A L'EXECUTION DE TOUT CONTRAT ASSORTI DE GARANTIES « INDEMNITES JOURNALIERES » OU « INVALIDITE »,
- VOUS OPPOSANT A VOTRE EMPLOYEUR OU A TOUT ORGANISME GESTIONNAIRE D'UN REGIME DE SECURITE SOCIALE OU COMPLEMENTAIRE, OU EN CHARGE DES PRESTATIONS FAMILIALES.

QUE CE SOIT EN DEFENSE OU EN RECOURS, L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE, SAUF URGENCE CARACTERISEE NECESSITANT LA PRISE IMMEDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE A TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PENALES, LES ASTREINTES, LES INTERETS ET PENALITES DE RETARD,
- LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,
- LES FRAIS DESTINES A PROUVER LA REALITE DE VOTRE PREJUDICE,
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE,
- LES DEPENS ET FRAIS DE JUSTICE EXPOSES PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DECISION JUDICIAIRE,
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ETES CONDAMNE AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCEDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE, L761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS EQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ETRANGERES,
- LES SOMMES DONT VOUS ETES LEGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DES EMOLUMENTS PROPORTIONNELS,

- LES HONORAIRES DE RESULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

ARTICLE 5

L'ACCES AUX SERVICES DE L'ASSUREUR

Vous pouvez accéder aux services de l'Assureur selon les modalités suivantes :

☎ 04 84 85 72 46 (prix d'un appel local)

✉ contact@asrama.fr

📍 ASRAMA – 243 avenue Cugnot – ZAC des Escampades – 84170 MONTEUX

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser par courrier, courriel ou télécopie :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou spécialiste, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

ARTICLE 6

LA VIE DU CONTRAT

L'APPLICATION DANS LE TEMPS

La durée de l'adhésion :

L'adhésion au Contrat prend effet à la date de prise d'effet du contrat santé ou prévoyance conclu auprès de l'Intermédiaire, ou à la date de renouvellement pour les contrats santé ou prévoyance en cours.

Par la suite, l'adhésion au Contrat suit le sort du contrat santé ou prévoyance conclu auprès de l'Intermédiaire, auquel elle est annexée.

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :

- résiliation, pour quelle que cause que ce soit, du contrat santé ou prévoyance conclu auprès de l'Intermédiaire,
- résiliation du Contrat, l'Intermédiaire s'engageant alors à Vous informer de la fin de la garantie.

La durée de la garantie :

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat prend effet dès l'adhésion et est applicable pendant toute la durée de

l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat santé ou prévoyance conclu auprès de l'Intermédiaire.

Elles sont dues sans délai de carence, pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet et l'expiration de votre adhésion à condition que Vous n'ayez pas eu connaissance du Litige avant l'adhésion.

La Prescription :

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances).

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où l'Assuré en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a 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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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 (article L114-2 du Code des Assurances) :

- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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 d'interruption de la Prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DANS L'ESPACE

La garantie du Contrat s'exerce conformément aux modalités prévues à l'article 2 en France ainsi qu'en Principautés d'Andorre et de Monaco. Dans les autres pays du Monde, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

ARTICLE 7

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

LE SECRET PROFESSIONNEL (ARTICLE L127-7 DU CODE DES ASSURANCES)

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'OBLIGATION A DESISTEMENT

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de

prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du *Service Relation Client* de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,
- par courrier à : CFDP Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de votre réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de la consommation :

- par courrier à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS cedex 09,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+médiateur>.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

LE DESACCORD OU L'ARBITRAGE (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis.

LE CONFLIT D'INTERETS (ARTICLE L127-5 DU CODE DES ASSURANCES)

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

LA PROTECTION DE VOS DONNEES

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par l'Intermédiaire. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation éventuelle des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est l'Intermédiaire.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- l'Intermédiaire,
- les intermédiaires en assurance,
- les gestionnaires des souscripteurs,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : CFDP Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail et joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>)

L'OPPOSITION AU DEMARCHAGE

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : OPPOSETEL – Service Bloctel – 06 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

L'AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.