

Ta Santé

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ **ASSUREMA**

1/ LES STATUTS MILTIS

2/ RÉGLEMENT MUTUALISTE MILTIS

3/ DISPOSITIONS PARTICULIÈRES « TA SANTÉ »

4/ ANNEXE AU CONTRAT « TA SANTÉ »

5/ EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

6/ DOCUMENTS CONTRACTUELS DES GARANTIES ADDITIONNELLES :

- NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « ASSISTANCE »
- NOTICE D'INFORMATION DE LA PROTECTION JURIDIQUE « SANTÉ LIGHT »
- CONDITIONS PARTICULIÈRES DE LA GARANTIE « SOUTIEN FINANCIER »



STATUTS

de la mutuelle

TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

Article 1 • Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle, dénommée MILTIS, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.
Elle est enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817.

Article 2 • Siège de la mutuelle

La mutuelle est établie au 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.

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 droits, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

À cet effet, la Mutuelle se propose de :

À titre principal :

- Pratiquer une activité d'assurance dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives dans les branches pour lesquelles elle est agréée, telles que définies par l'article R. 211-2 du Code de la mutualité et qui sont les suivantes :
 - Accidents (branche 1) ;
 - Maladie (branche 2) ;
 - Vie, Décès (branche 20) ;
 - Nuptialité, natalité (branche 21).

Dans le cadre de la couverture des risques relevant de ces branches, la Mutuelle pourra :

- Accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- Coassurer ces mêmes risques en application de l'article L. 227-1 du Code de la Mutualité ;
- A la demande d'autres mutuelles ou union, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II pour la délivrance de ces engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droit.

À titre accessoire :

- Mettre en œuvre, en tant qu'activité accessoire et accessible uniquement à ses membres participants et à leurs ayants-droits, une action sociale, qu'elle soit individuelle ou collective, notamment sous la forme de fonds de secours, de prévention des risques de dommages corporels, ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions définies par le Code de la mutualité ;
- En application de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité, présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ;
En application de l'article L.116-2 du Code de la Mutualité, la Mutuelle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour distribuer des adhésions individuelles à des règlements mutualistes et / ou les contrats collectifs qu'elle assure.
La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des contrats collectifs qu'elle assure.
Elle peut également gérer pour le compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.

La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Enfin, elle pourra exercer et mettre en œuvre toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.

La Mutuelle pourra adhérer à toute union de groupe mutualiste telle que définie par l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité (UGM), à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) telle que défini à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité, ou à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

La Mutuelle peut également :

- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux pouvant se rattacher à des activités et dans le respect des dispositions du code de la Mutualité ;
- devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE).

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

Pour les contrats individuels, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 5 • Règlement Intérieur

Un Règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, pourra si nécessaire, déterminer les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires seront tenus 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 ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 • Respect de l'objet des mutuelles

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.

CHAPITRE 2 • Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

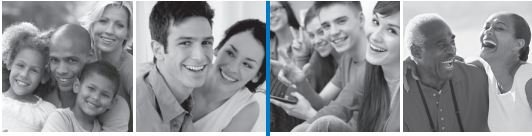
SECTION I • Conditions d'adhésion

Article 7 • Catégories de membres

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

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

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



STATUTS de la mutuelle

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit du membre participant :

- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, de moins de 28 ans ;
- les ascendants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droits par la Sécurité sociale ;
- les enfants infirmes majeurs, titulaires d'un titre d'invalidité défini au 1° de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur.

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

Article 8 • Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES" et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

Article 9 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I • Opérations collectives facultatives

L'adhésion des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale résulte de la signature à titre personnel d'un bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par la notice d'information propre au contrat collectif facultatif écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les salariés ou les membres acquièrent alors la qualité de membre participant.

La personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

II • Opérations collectives obligatoires

L'adhésion des salariés d'une entreprise résulte de la signature d'un contrat collectif obligatoire écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce en application d'un accord de protection sociale complémentaire tel qu'institué en vertu des dispositions de l'article 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés d'une entreprise visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant.

L'employeur qui souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

SECTION II • Démission, radiation, exclusion

Article 10 • Démission

A l'échéance du contrat :

- La démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, et ne peut prendre effet qu'à la date d'échéance, la demande de démission devant être reçue par la mutuelle au moins deux mois à l'avance.

Après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé :

- à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, la démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Elle prend effet un mois après que Miltis en ait reçu la notification.

Article 11 • Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L. 221-14, L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 12 • Exclusions

Peuvent être exclus, les membres qui auraient porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

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

La démission à l'échéance du contrat, la radiation et l'exclusion, ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

En cas de démission après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant ou le membre honoraire n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Miltis est tenue de rembourser le solde au membre participant ou membre honoraire, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la démission.

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

TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

SECTION I • Composition, élection

Article 14 • Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est constituée des délégués élus par des collèges. Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle sont répartis en six collèges selon un critère lié à leur domiciliation géographique :

Collège 1 - Nord-est de la France (régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Collège 2 - Sud-est de la France (régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Collège 3 - Sud-ouest de la France (régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie).

Collège 4 - Nord-ouest de la France (régions Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Centre).

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

Article 15 • Nombre de délégués

Chaque délégué élu par le collège, dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque collège dispose à l'Assemblée Générale, d'un nombre de délégués calculé de la façon suivante :

- 3 délégués pour un effectif inférieur à 5 000 membres,
- 1 délégué supplémentaire à partir de 5 000 membres, par tranche de 5 000 membres. Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

L'effectif du collège à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 01 janvier de l'année de l'élection.



STATUTS de la mutuelle

Article 16 • Élection des délégués

Pour être élu délégué d'un collège, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas être salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite.

Les membres honoraires de la mutuelle, peuvent être élus délégués. Leur nombre ne doit pas excéder le tiers du nombre total des délégués de l'ensemble des collèges. Les délégués sont élus pour six ans, ils sont rééligibles. Les membres de la mutuelle sont informés de l'élection des délégués au moins 45 jours avant le scrutin. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au siège de la mutuelle, au moins trente jours avant le scrutin. Le vote a lieu par correspondance, y compris par voie électronique, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour. Les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Article 17 • Vacance en cours de mandat d'un délégué

La démission ou la perte de la qualité d'adhérent à la mutuelle, entraîne de droit la perte de la qualité de délégué ou de délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de collège et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Les élections de délégués suppléants se déroulent dans les mêmes formes et conditions que celles des élections générales et telles que décrites à l'article "ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS".

SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

Article 18 • Convocation annuelle obligatoire

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance 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 ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 19 • Autres convocations

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

- soit par écrit, par le quart au moins des membres de la mutuelle,
- soit par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- soit par les commissaires aux comptes,
- soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ou un administrateur provisoire nommé par elle. En cas d'urgence, l'Assemblée Générale peut être convoquée par le Président, ou par les liquidateurs. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance 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 ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 20 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.

Les délégués constituent l'Assemblée Générale, et procèdent aux votes et à l'élection des administrateurs.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Chaque Assemblée Générale donne lieu à l'établissement d'une feuille de présence émargée par les délégués présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 21 • Compétences de l'Assemblée Générale

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

L'Assemblée Générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

En dehors des questions inscrites à l'ordre du jour, elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.

L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité. Elle statue sur :

- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 22 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale

Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :

- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,
- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "VOTE PAR PROCURATION" des présents statuts.



STATUTS de la mutuelle

Article 23 • Vote par procuration

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut s'y faire représenter par un autre délégué.

Un délégué ne peut recueillir plus de trois procurations. La Mutuelle organise le vote par procuration des délégués conformément aux articles L. 114-13, alinéa 2 et R. 114-2 du Code de la Mutualité.

A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les délégués de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être délégué de l'assemblée générale de la mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

Article 24 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale I • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

II • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

Article 25 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

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

CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

SECTION I • Composition, élection

Article 26 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations. Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent être âgés de 18 ans accomplis, et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Un ancien salarié de la mutuelle, ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

En outre, ne sont pas éligibles les membres qui seraient salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite. Conformément à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité, une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.

La limite d'âge, pour exercer les fonctions d'administrateur, est fixée à 70 ans.

Cette limite n'est applicable qu'aux deux tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne d'office la démission de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 27 • Composition

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le nombre d'administrateurs est compris entre 10 administrateurs au moins et 15 administrateurs au plus. L'Assemblée Générale fixe préalablement à chaque élection le nombre de poste d'administrateurs à pourvoir.

Il 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.

Il est recherché une représentation équilibrée des femmes et des hommes conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Article 28 • Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours calendaires au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 29 • Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour.

Article 30 • Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres suppléants ou ceux qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;



STATUTS de la mutuelle

- 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 ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ; lorsque, absents sans motif valable à trois séances dans l'année, le Conseil d'Administration les a déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, la ratification de cette décision étant soumise à l'Assemblée Générale.

Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 31 • Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 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 les membres seront soumis à réélection.

Article 32 • Vacance

En cas de vacance de poste d'administrateur par décès, démission ou perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier : le Conseil d'Administration peut coopter un administrateur avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "PRÉSENTATION DES CANDIDATURES". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

Le Conseil d'Administration examine la conformité des candidatures au regard des conditions susvisées. Il vérifie ensuite qu'elles ne portent pas atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration hors la présence des candidats dans les conditions prévues à l'article "DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION". En cas de pluralité de candidats pour un même poste, le Conseil d'Administration procède à une élection selon les conditions prévues à l'article "MODALITÉS DE L'ÉLECTION" des présents statuts.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

En cas de vacances pour quelles que causes que ce soit, donnant lieu aux situations suivantes :

- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, le Président du Conseil d'Administration fait procéder en urgence à un appel à candidatures au Conseil puis convoque au plus tôt une Assemblée Générale qui élit la totalité des membres d'un nouveau Conseil. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 du Code de la mutualité s'appliquent ;
- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum statutaire mais au moins égal au minimum légal, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections complémentaires d'administrateurs. Pour ce faire, il fait procéder en urgence à un appel à candidatures pour pourvoir les postes vacants. Après avoir reçu les candidatures, le Président du Conseil d'Administration convoque alors immédiatement une Assemblée Générale qui élit les administrateurs complémentaires nécessaires.

Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

Article 33 • Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation, et chaque fois qu'il le jugera opportun.

Elle est envoyée aux membres du Conseil d'Administration 5 jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil. Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère sur cette présence.

La participation et le vote au Conseil d'Administration en visioconférence ou audioconférence est possible sauf lorsque le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels. Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés de la Mutuelle qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication garantissant leur participation effective. Ces moyens satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Article 34 • 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 de séance est prépondérante.

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

SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

Article 35 • Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration :

- arrête les comptes annuels, et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés et établit, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, un rapport de gestion et le cas échéant un rapport de gestion groupe ;
- et établit :
 - un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes mentionnées à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité ;
 - un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
 - le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité, qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Il établit également :

- le rapport annuel 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 ;
- le rapport annuel sur le contrôle interne prévu à l'article R.336-1 du Code des assurances y compris celui afférent au dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article A.310-9 du Code des assurances ;
- le rapport sur la solvabilité et la situation financière destiné au public visé à l'article L.355-5 du Code des assurances (SFCR) ;



STATUTS de la mutuelle

- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L.354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.

Il délibère au moins une fois par an sur la politique des placements.

Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale 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 règles générales fixées par l'assemblée générale.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du code de la mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles font l'objet d'une notification aux membres participants ou honoraires. Le Conseil d'Administration décide de la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration procède à la mise en place du Comité d'Audit et des Risques.

Il approuve toutes les politiques écrites imposées par la réglementation et notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et le cas échéant, à l'externalisation.

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

Il fixe les conditions de versement des aides exceptionnelles allouées aux membres participants et à leur famille. Il peut déléguer ses pouvoirs en cette matière à une commission spécifique « Action Sociale » composée d'administrateurs ;

Le Conseil d'Administration est compétent pour décider d'agir en justice tant en demande qu'en défense. En cas d'urgence, le Président est compétent pour agir seul sous réserve de ratification de sa décision par le Conseil d'Administration.

Article 36 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 37 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de sa compétence en matière de fixation des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou au dirigeant opérationnel.

Article 38 • Nominations

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur et fixe le montant de sa rémunération. Il 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. Le dirigeant opérationnel est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration selon la même procédure.

Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R211-15 du Code de la mutualité

Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.

Il entend directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire.

Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Article 39 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

Le Conseil d'Administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV • Statut des administrateurs

Article 40 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par une 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.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Article 41 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

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 partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Les conventions auxquelles un administrateur ou un 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, le(s) dirigeant(s) salarié(s) 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, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.

Les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et une personne morale appartenant au même groupe, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, sont soumises aux mêmes dispositions. 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.

Article 42 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.



STATUTS de la mutuelle

Article 43 • 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.

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, descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 44 • Indemnités versées aux Administrateurs

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

Article 45 • Remboursement des frais aux administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 46 • 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 faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprises : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).

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

Article 47 • Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers un tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. La mutuelle étant une personne morale représentée par le Conseil d'Administration, elle peut être déclarée responsable pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du Code pénal.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

- 1 - L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du Code pénal ;
- 2 - Les peines mentionnées à l'article 131-39 du Code pénal. L'interdiction mentionnée à l'article 131-39 du Code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

CHAPITRE 3 • Président et Bureau

SECTION I • Composition, élection, réunions

Article 48 • Élection du président et du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du bureau sont élus pour deux ans, par le Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur le renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

Article 49 • Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

En cas de vacance, pour quelque cause que ce soit, d'un autre membre du bureau, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 50 • Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- 1 Président
- 2 Vice-Présidents dont :
 - 1^{er} Vice-Président
 - 2^e Vice-Président
- 1 Trésorier
- 1 Trésorier adjoint
- 1 Secrétaire
- 1 secrétaire adjoint

Article 51 • Réunions et délibérations

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

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

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

SECTION II • Attributions des membres du bureau

Article 52 • Attributions

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration ; il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

Article 53 • Principes de réassurance

- 1 - La mutuelle peut librement accepter en réassurance les engagements mentionnés dans son objet social.
- 2 - La mutuelle pourra se réassurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le Code de la mutualité. En ce cas, la décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la mutualité est prise par le Conseil d'Administration, conformément à l'article "COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION" des statuts, en conformité avec les règles générales de cession décidée par l'Assemblée Générale. Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, il procède par mise en concurrence des organismes.



STATUTS de la mutuelle

Article 54 • 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 commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par les articles L. 822-9 à L. 822-18 et suivants du Code de commerce, sous réserve des dispositions du Code de la mutualité. Il 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.

Article 55 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 500 000 euros. Son montant sera augmenté du montant des droits d'adhésion reçu et selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

Article 56 • Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution volontaire de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité ainsi qu'à l'article "MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE" des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs. Elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, statuant dans les conditions prévues ci-dessus, à d'autres mutuelles ou unions, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Article 57 • Comité d'Audit interne et des risques

La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit Interne et des Risques en charge d'assurer le suivi des prestations relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

Il ne peut être composé que d'administrateurs. Un membre au moins doit présenter des compétences en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.

Cependant, il peut être complété de deux membres extérieurs au plus, désignés par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences. Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Le Conseil d'Administration fixe le nombre des membres (administrateurs et membres externes) du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Les membres du Comité d'Audit Interne et des Risques élisent le Président dudit Comité pour une durée de deux (2) ans.

CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

Article 58 • Définition et mode de désignation

Le mandataire mutualiste est une personne physique exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, 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 élu.

Le mandataire mutualiste est élu par le Conseil d'Administration à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions.

Article 59 • Formation

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation, à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Article 60 • Indemnisations

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article "REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX ADMINISTRATEURS" des présents statuts. ■

A decorative black arc that curves from the left towards the text.

Règlement mutualiste



OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-7 du Code de la mutualité, et des statuts de la mutuelle, toute modification du présent règlement est décidée par le Conseil d'Administration et s'impose aux membres participants dès notification.

ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 21 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à 20 (vingt) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées et modifiées par le Conseil d'Administration conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégataire, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La demande de résiliation doit être reçue par la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat. Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu la notification.

Le membre participant qui aurait porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par le membre participant 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) et L. 221-15 (réduction des indemnités) 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, 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

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

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

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

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

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

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

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

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

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).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Ta *Santé*
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ **ASSUREMA**

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 le régime de base 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 ans.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – BRSS

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement ses ayants-droit affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- son conjoint,
- leurs enfants âgés de moins de 18 ans ou sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire du membre participant ou celui de son conjoint.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document 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.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations. Lorsque le membre participant, travailleur non salarié non agricole, a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, les présentes Dispositions Particulières valent Notice d'information contractuelle.

GARANTIE DE BASE

Il s'agit de l'ensemble des niveaux hors « Option CONFORT ».

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 qui adhère à la garantie TA SANTÉ.

MUTUELLE

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

OPTION CONFORT

Il s'agit de la garantie facultative souscrite par le membre participant en complément de la garantie de base.

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 le régime de base 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 du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB)

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.

TICKET MODERATEUR (TM)

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

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (y compris renforts optionnels), sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

		TS 1	TS 2	TS 3	TS 4	TS 5
PÔLE SOINS COURANTS ET AIDES AUDITIVES	SOINS COURANTS					
	Honoraires médicaux					
	Consultation et visite médecin généraliste ou spécialiste					
	• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	• Praticiens non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	180% BRSS
	Actes médicaux					
	Imagerie médicale et échographie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique actes de chirurgie, actes d'anesthésie					
	• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	• Praticiens non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	180% BRSS
	Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	Médicaments					
	Pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	Matériel médical					
	Petit appareillage et autres prothèses médicales	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	Grand appareillage (dans la limite de 2 000 € par bénéficiaire tous les deux ans pour le grand appareillage ⁽¹⁾)	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
	ACTES DE PRÉVENTION	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	Cures thermales prises en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)						
Équipement 100% santé* : Aides auditives de Classe I	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Prothèses auditives hors panier 100% santé						
Aides auditives de Classe II	100% BRSS	100% BRSS + 300 €	100% BRSS + 400 €	100% BRSS + 450 €	100% BRSS + 550 €	
Autres prestations liées aux aides auditives	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	
PÔLE HOSPITALISATION	HOSPITALISATION					
	Hospitalisation moyens séjours en établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et services de psychiatrie					
	Frais de séjour	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
	Honoraires médicaux					
	• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
	• Praticiens non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière (dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	-	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour	70 € /jour
	Transport pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	Hospitalisation courts séjours ; chirurgie ; médecine ; obstétrique ; ambulatoire (hors chirurgie dentaire)					
	Frais de séjour	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
	Honoraires médicaux					
	• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
	• Praticiens non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière (dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	-	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour	70 € /jour
	Transport pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	Frais d'accompagnement					
	• Enfant de moins de 16 ans	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
	• Adulte de plus de 70 ans (dans la limite de 15 jours par an et par bénéficiaire)	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
	Maternité					
	Frais de séjour	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Honoraires médicaux						
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	
• Praticiens non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	180% BRSS	200% BRSS	
Chambre particulière	-	25 € /jour	45 € /jour	65 € /jour	90 € /jour	
Frais supplémentaires maternité ⁽³⁾	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	
Examens divers non pris en charge mais ordonnancés (par an/ bénéficiaire)	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	

		TS 1	TS 2	TS 3	TS 4	TS 5
PÔLE OPTIQUE ET DENTAIRE	Dentaire					
	Soins et prothèses 100% santé*	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins et prothèses hors panier 100% santé					
	Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) et parodontologie pris en charge par le régime de base	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
	Prothèses dentaires :					
	• Prises en charge par le régime de base	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
	• Non prises en charge par le régime de base ⁽⁴⁾	-	50 €	80 €	110 €	140 €
	• Inlay-Inlay, Inlay-core, Implantologie	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
	Parodontologie non prise en charge par le régime de base ⁽⁴⁾	-	75 €	125 €	175 €	225 €
	Implantologie dentaire non prise en charge par le régime de base ⁽⁴⁾	-	75 €	125 €	175 €	225 €
	Orthodontie prise en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS + 175 €	100% BRSS + 225 €	100% BRSS + 275 €	100% BRSS + 325 €
	Orthodontie non prise en charge par le régime de base ⁽⁴⁾	-	100 €	200 €	300 €	400 €
	Plafonds dentaires (par an/ bénéficiaire) – hors soins dentaires ⁽⁵⁾ incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé	-	-	750 €	1 000 €	1 250 €
Optique						
Équipement (1 monture ⁽⁶⁾ + 2 verres) de classe A, B ou mixte ⁽⁷⁾ dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ⁽⁸⁾ ou en cas d'évolution de la vue tous les ans						
Équipement 100% Santé* optique (verres et monture de classe A ⁽⁹⁾)						
Prestations hors panier 100% santé						
• Equipement verres simples ⁽¹⁰⁾	100% BRSS	90 €	130 €	190 €	250 €	
• Equipement verre simple et verre complexe ⁽¹¹⁾ ou très complexe ⁽¹²⁾	100% BRSS	200 €	225 €	280 €	350 €	
• Equipement verre complexes et/ ou verres très complexes						
• Suppléments et prestations (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, appairage et adaptation)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	
Lentilles prises en charge ou non par le régime de base	100% BRSS	20 €/an	40 €/an	70 €/an	90 €/an	
Chirurgie réfractive, laser (par œil/ an)	100% BRSS	50 €	100 €	150 €	200 €	

OPTION CONFORT : applicable à l'ensemble des niveaux ⁽¹³⁾			
Vaccins Anti-grippe	7 €/an	Pédicure, podologue	30 €/an
Vaccins non pris en charge par le régime de base (sur prescription médicale)	50 €/an	Consultation médecine naturelle (dans la limite de 4 séances / an / bénéficiaire)	15 €/séance
Médicaments non pris en charge par le régime de base (sur prescription médicale)	50 €/an	Dermatologue (uniquement sur les actes hors nomenclature et sur prescription médicale)	50 €/an
Bilan nutritionnel sur la 1 ^{ère} séance	50 €/an	Ostéodensitométrie osseuse NR	40 €/an
Sevrage tabagique	75 €/an		

⁽¹⁾ **Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du ticket modérateur.**

⁽²⁾ **Prise en charge exclue en établissements psychiatriques.**

⁽³⁾ Prise en charge sur présentation de factures acquittées d'actes non pris en charge par le régime obligatoire : chambre particulière, échographies supplémentaires, séances de préparation à l'accouchement.

⁽⁴⁾ Implantologie, parodontie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le régime de base mais avec cotation.

⁽⁵⁾ **Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du ticket modérateur.**

⁽⁶⁾ **La prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) (hors monture classe A).**

⁽⁷⁾ Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B)

⁽⁸⁾ Mineurs de 16 ans au plus.

De plus, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les mineurs jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage du mineur entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les périodes de deux, un et six mois s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

⁽⁹⁾ **Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.**

⁽¹⁰⁾ **Définition de la correction verres simples :**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

⁽¹¹⁾ **Définition de la correction verres complexes :**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- PTION ECO
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

⁽¹²⁾ **Définition de la correction verres très complexes :**

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

⁽¹³⁾ La souscription à cette option s'appliquera obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires. **La prise en charge sera au maximum de cent cinquante euros (150,00 €) par an et par bénéficiaire, tous postes confondus.**

* **Tels que définis réglementairement**

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie TA SANTÉ 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 du régime de base.

DISTRIBUTION DE LA GARANTIE

La distribution de la garantie TA SANTÉ est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA dont le siège social est situé 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie TA SANTÉ 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.

ADHÉSION ET 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 (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Pour adhérer à la garantie, le membre participant doit être âgé d'au moins dix-huit (18) ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion à la garantie et d'au plus quatre-vingt-cinq (85) ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'adhésion **et la réduction couple est inapplicable**. Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. *Lexique*).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir. Pour chaque module, le membre participant peut choisir le niveau souhaité. Toutefois, **le membre**

participant ne peut pas dépasser deux niveaux de différence entre les trois pôles souscrits (pôle soins courants et aides auditives; pôle hospitalisation ; pôle optique-dentaire).

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat 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 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

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 date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des

Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec 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.

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 un régime de base 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 s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

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 de plus de dix-huit (18) ans cessant d'être scolarisé, 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 : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande ;
- D'un changement du régime de base ;
- 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 du régime de base 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.

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 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.

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 du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base 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 du régime de base.**

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

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 du régime de base.

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 du régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par 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 du régime de base.

Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est 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 deux ans contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

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

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

Conditions de renouvellement anticipé

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

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

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision ;
- 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 du régime de base.

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 du régime de base.

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

Les plafonds dentaires (formules 3 à 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 du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.

PÔLE SOINS COURANTS, AUDITIFS ET PREVENTIFS

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 le régime de base sont prises en charge.

OPTION CONFORT

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois (3) mois par an**. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

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

Les règlements sont effectués en France et en euros.

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 du régime de base.

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

pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

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.

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

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 pour les autres actes.

DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaires des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par

un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

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 le régime de base ;
- Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

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

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

- La majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;

- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

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

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 et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

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

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les

plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- Dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- En cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- 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.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est 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 du régime de base.

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.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. 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 les régimes de base, 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. 221-7 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.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, la mutuelle, et le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou contact-cnil@asrama.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

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

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

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

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr

• soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 PARIS

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

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

LOI ET LANGUE APPLICABLES

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code de la mutualité. La langue utilisée tout au long de la durée du contrat est la langue française.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS NON SALARIÉS AYANT OPTÉ POUR LE BÉNÉFICE DE LA LOI MADELIN

Le travailleur non salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment

être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

Pour ce membre participant, l'adhésion au règlement mutualiste entraîne concomitamment l'adhésion à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP).

Lorsque le membre participant a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue à 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° MSIM 17 souscrit entre :

- D'une part l'Association Nationale Interprofessionnelles de Prévoyance (ANIP) située au 7/9 Place du Théâtre – 59800 LILLE.
- Et d'autre part l'organisme assureur Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du livre II
- du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé au 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON.

Le contrat est ouvert aux membres de l'ANIP.

Le niveau de garantie est précisé dans le certificat d'adhésion.

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.

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

MILTIS

Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

ANNEXE À VOTRE CONTRAT « TA SANTÉ »

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 : de votre futur contrat d'assurance santé.

- Le rapport prestations/cotisations (1) est de 68,70%
- Le taux des frais de gestion (2) s'établit à 35,19% 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.

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

MILTIS • Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas • 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT TA SANTÉ

Ces exemples de remboursement, sans valeur contractuelle, vous permettent d'estimer pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux au titre de votre contrat complémentaire ainsi que vos éventuels restes à charge. Les remboursements effectués par votre contrat diffèrent selon le niveau de garanties souscrits.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Frais le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15€ en service psychiatrique)	0€	0€	Niveau 1	20€ (15€)	0,00€
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Chambre particulier (sur demande du patient)	NC ⁴	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Séjour avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	BRSS - 24€		24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	Niveau 1	24,00 €	0,00€
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355,00 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1	0,00 €	83,30€
				Niveau 2		
				Niveau 3	83,30 €	0,00€
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable ²	Frais le plus souvent facturés ou tarifs réglementés	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
HOSPITALISATION						
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447,00 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1	0,00 €	175,30 €
				Niveau 2		
				Niveau 3	81,51 €	93,79 €
				Niveau 4	175,30 €	0,00 €
				Niveau 5		
Séjour sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	80% BRSS		20% BRSS	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	Niveau 1	654,02 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS	1€ de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	Niveau 1	7,50 €	1€ de participation forfaitaire
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	Niveau 1	9,60 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	Niveau 1	9,00 €	1€ de participation forfaitaire
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		

Contrat d'assurance santé responsable ²	Façon le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge		
SOINS COURANTS								
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	Niveau 1	9,60 €	0,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3				
				Niveau 4				
				Niveau 5				
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	Niveau 1	8,00 €	15,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3	15,50 €	7,50 €		
				Niveau 4	22,00 €	1,00 €		
				Niveau 5				
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	Niveau 1	5,90 €	33,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3			7,05 €	31,85 €
				Niveau 4			12,80 €	26,10 €
				Niveau 5			24,30 €	14,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	Niveau 1	5,90 €	35,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3			7,05 €	33,85 €
				Niveau 4			12,80 €	28,10 €
				Niveau 5			24,30 €	16,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat		
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 € (12,20€ pour une béquille)	14,64 €	Niveau 1	9,76 €	1,40 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3			11,16 €	0,00 €
				Niveau 4				
				Niveau 5				

Contrat d'assurance santé responsable ²	Façon le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé	Prix moyen national	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	Niveau 1	Non pris en charge.	0,00 €
				Niveau 2	416,00 €	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Soin (hors 100% Santé)	Tarif de convention	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 € (détartrage complet)	30,36 €	Niveau 1	13,02 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	Niveau 1	36,00 €	417,48 €
				Niveau 2	96,00 €	357,48 €
				Niveau 3	156,00 €	297,48 €
				Niveau 4	216,00 €	237,48 €
				Niveau 5	276,00 €	117,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	Niveau 1	0,00 €	526,50 €
				Niveau 2	175,00 €	351,50 €
				Niveau 3	225,00 €	301,50 €
				Niveau 4	275,00 €	251,50 €
				Niveau 5	325,00 €	201,50 €
OPTIQUE						
Équipement 100% Santé	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV ⁵	0,00 €
Ex : verres simples et monture	41€ (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	Niveau 1	Non pris en charge.	0,00 €
				Niveau 2	33,35 € par verre + 24,60 €	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		

Contrat d'assurance santé responsable ²	Frais le plus souvent facturés ou tarifs réglementés	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	
OPTIQUE						
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	Niveau 1	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS	40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	
Ex : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Niveau 1	0,06 €	338,85 €
				Niveau 2	90,00 €	248,91 €
				Niveau 3	130,00 €	208,91 €
				Niveau 4	190,00 €	148,91 €
				Niveau 5	250,00 €	88,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Niveau 1	0,06 €	600,85 €
				Niveau 2	200,00 €	400,91 €
				Niveau 3	225,00 €	375,91 €
				Niveau 4	280,00 €	320,91 €
				Niveau 5	350,00 €	250,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Niveau 1	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		

Contrat d'assurance santé responsable ²	Forfait le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% Santé	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV	0,00€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1	710,00€	0,00€
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1476,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1	160,00€	1076,00€
				Niveau 2	460,00 €	776,00€
				Niveau 3	560,00 €	676,00€
				Niveau 4	610,00 €	626,00€
				Niveau 5		
				Niveau 6	710,00 €	526,00€

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BRSS est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Non connu.
5. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam.

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.orient.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.orient.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

MILTIS : Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

▶ 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° 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 :

 **N°Cristal 09 72 72 39 13**

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).

Fratric : 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 consécutive 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 bénéficier, 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.BENEFICIAIRES » 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'Assisteuse 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'Assisteuse. 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'Assisteuse propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse.

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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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@rmassistance.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 la 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 la 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 communiquées 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@rmassistance.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 Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex. 09.

**PROTECTION JURIDIQUE
SANTÉ LIGHT**



CONDITIONS GÉNÉRALES

Accord cadre n° M00DC207112

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'**INTERMÉDIAIRE**),
- auprès de **CFDP ASSURANCES**, 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° **MOODC207112**,
- 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 BÉNÉFICIAIRE, 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 GÉNÉRATEUR : Évènement 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 CARACTÈRE ALÉATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LA DÉCHÉANCE DU DROIT À 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 TÉLÉPHONIQUE

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)	390
Médiation de la consommation	
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	560
Arbitrage	
Procédure participative	
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale	
Assistance à une instruction	390
Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait)	
Saisine du SARVI (forfait)	130
Commissions diverses (y compris CIVI)	560
Conseil de l'ordre	
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	1 120*
Autres juridictions du 1er degré	
Conseil de Prud'hommes :	
-Référé, Phase de conciliation, Départage	560*
-Phase de Jugement, y compris audiences de mise en état	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	2 100*
Cour d'Assises	
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH)	1 120*
Juridictions monégasques ou andorranes	
Juge de l'exécution	670
Juge de l'exéquat	
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	
En € TTC	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	25 000
Dont plafond pour démarches amiables :	560
expertise judiciaire :	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+mediateur>.

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@cdfp.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 Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

GARANTIE SOUTIEN FINANCIER

LEXIQUE

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE ALD-30

Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite(nt) un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des trente (30) Affections de Longue Durée (ALD-30) établie par décret et définie par le Code de la sécurité sociale. L’Affection de Longue Durée ALD-30 doit être constatée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de la Caisse d’Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

POLYPATHOLOGIE ALD-32

Le terme « polypathologies » est employé en cas d’atteinte par plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d’une durée prévisible supérieure à six (6) mois. L’état de polypathologies ALD-32 doit être constaté par le médecin traitant et reconnu par le médecin conseil de la Caisse d’Assurance Malade au cours de la période de garantie.

DECES ACCIDENTEL

Est considéré comme un décès accidentel toute atteinte corporelle entraînant la mort - à l’exclusion d’une maladie - et résultant d’un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s’il n’est pas extérieur, qui est involontaire. Ce sont notamment les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d’animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie, le suicide, la tentative de suicide, les traitements à but esthétiques et leurs conséquences.

La preuve de la relation de cause à effet entre l’accident entraînant le décès et le risque assuré incombe aux ayants droit du membre participant.

DELAI D’ATTENTE

Période de trois (3) mois, décomptée à partir de la date de réalisation de l’un des risques susvisés, pendant laquelle la garantie ne s’applique pas. Le délai d’attente court à compter de la prise d’effet de l’adhésion inscrite sur le certificat d’adhésion.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Il s’agit du présent document qui définit la garantie et ses modalités d’entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour la/les demandes(s) d’exonération de cotisations sur une période de douze (12) mois.

MALADIE

Toute altération de la santé entraînant une modification de l’état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n’ayant pas pour origine un accident, ni le fait volontaire du membre participant ou d’un tiers.

MEMBRE PARTICIPANT

Il s’agit de la personne physique, ayant adhéré à la présente garantie soutien financier et qui bénéficie concomitamment d’un contrat de complémentaire santé en cours de validité et assuré par la Mutuelle.

MUTUELLE

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

RISQUE

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant.

TRANSPORT EN COMMUN

Moyen de transport public commercial terrestre (**excepté le taxi**), maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie soutien financier est confiée à ASRAMA GESTION, dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, ci-après dénommé le Gestionnaire.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

Conditions d'adhésion

Le membre participant pour être assurable au titre de la présente garantie, doit résider en France métropolitaine ou dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.

Formalité d'adhésion

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion.

Prise d'effet de la garantie - Délai d'attente

La garantie est subordonnée à l'existence d'un contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle en cours de validité au jour de la survenance du risque. Elle est acquise au membre participant après réception du règlement de la cotisation.

La garantie prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ASRAMA GESTION du présent Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la Mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Le droit à la prestation est acquis (3) mois après la prise d'effet de la garantie.

Objet, montant et limite de la garantie

En cas de survenance d'affections de longues durées (ALD-30) ou polyopathologies (ALD-32) ou du décès accidentel touchant le membre participant, la garantie soutien financier offre :

- En cas de décès accidentel du membre participant :
- La prise en charge de douze (12) mois de cotisations des ayants droit du membre participant, affiliés sur le même contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle. La prise en charge débute à compter de la date de décès du membre participant.

Le montant de la prise en charge s'effectue sur la base de la cotisation annuelle toutes charges comprises (TTC) fixée au dernier avis d'échéance émis, **dans la limite de mille cinq cents euros (1 500,00 €).**

- En cas d'ALD-30 ou ALD-32 touchant le membre participant :
- La prise en charge de douze (12) mois de cotisations du membre participant et de ses ayants droit affiliés sur le même contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle. La prise en charge débute à compter de la date de déclaration en ALD du membre participant. Le montant de la prise en charge s'effectue sur la base de la cotisation annuelle toutes charges comprises (TTC) fixée au dernier avis d'échéance émis, **dans la limite de mille cinq cents euros (1 500,00 €).**

L'état pathologique (ALD 30 ou ALD-32) ouvrant droit à garantie doit toujours être constaté pendant la période de validité de la garantie.

Durée de l'adhésion

La durée de la garantie est liée à la période de validité du contrat de complémentaire santé assuré par MILTIS. Elle cesse et est automatiquement résiliée à la même date et dans les mêmes conditions dès lors que le contrat de complémentaire santé est résilié. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Changement de la situation du membre participant

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans sa situation :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

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 :

- 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 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

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 date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation

Destinataire : ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Objet : Renonciation à l'adhésion de la garantie soutien financier

Madame, Monsieur,
Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du 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]. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].
Signature

GARANTIE

Les accidents garantis

La garantie du présent contrat couvre toutes les conséquences de tous les accidents survenus dans le cadre de la vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités au paragraphe « Risques exclus » des présentes dispositions particulières.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

- Les accidents de transport en commun : ce sont les accidents corporels dont peut être victime le membre participant, en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.

- Les accidents de la circulation : ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime le membre participant, en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.

- Les accidents de trajet professionnel : sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile du membre participant, à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

- Les accidents de sports : ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par le membre participant, de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

Etendue territoriale de la garantie

Les règles de la territorialité de la garantie sont identiques à celles inscrites au sein du contrat de complémentaire santé du membre participant, en cours de validité et assuré par MILTIS.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

Pour la mise en œuvre de la garantie, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- **L'accident à l'origine du décès du membre participant ou sa déclaration en ALD-30 ou ALD-32 doit survenir pendant la période garantie.**
- **Le décès du membre participant doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'accident garanti.**

SINISTRES

Déclaration du sinistre

Le membre participant ou ses ayants droit affiliés le cas échéant ou toute personne ayant un intérêt à agir doivent effectuer une déclaration dans les plus brefs délais auprès du Gestionnaire.

Toutes les pièces sous-mentionnées doivent être transmises au Gestionnaire, à l'adresse postale suivante : Service indemnisation - ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Les demandes de prise en charge doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la mutuelle et prouvé, celle-ci a la possibilité de refuser la prise en charge.

Pièces justificatives

En cas de sinistre lié à une ALD-30 ou ALD-32, le membre participant doit fournir :

- Le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Une copie du protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie indiquant les dates de début de la maladie et de reconnaissance par le corps médical en Affections de Longue Durée (ALD-30) ou en polyopathologies (ALD-32) ;
- Une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie mentionnant la prise en charge à 100% pour Affections Longues Durées ou polyopathologies.

En cas de sinistre lié au décès accidentel du membre participant, ses ayants droit ou toute personne ayant un intérêt à agir, doivent fournir :

- Le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Un extrait d'acte de décès du membre participant ;
- Les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (procès-verbal de gendarmerie, certificat médical, etc.)
- Tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties.
- La Mutuelle ou son Gestionnaire se réserve la possibilité de réclamer au bénéficiaire toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier, dans un délai n'excédant pas 10 jours à compter de la déclaration du sinistre.

Pour l'ensemble des cas de survenance du risque, toute demande d'indemnisation devra être accompagnée :

Du dernier justificatif de cotisation annuelle (avis d'échéance validé par la Mutuelle ou son Gestionnaire et émis avant la date du sinistre) ;

A compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives demandées et dès acceptation de la prise en charge de la cotisation du contrat de complémentaire santé, la prestation sera réalisée dans les meilleurs délais. ASRAMA GESTION en informera le membre participant ou ses ayants droit affiliés le cas échéant. Il sera indiqué les dates de prise en charge des cotisations du contrat de complémentaire santé.

CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La Mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge. Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- **procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;**
- **se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.**

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

EXCLUSIONS

Aucune garantie ne pourra être délivrée au membre participant :

- En cas de suspension ou de résiliation du contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle,
- En cas de non régularisation des cotisations émises au titre du présent contrat,
- En cas de non-classification en affections de longue durée (ALD-30) ou polyopathologies (ALD-32) par la caisse d'assurance maladie.
- En cas de décès, autre qu'accidentel, tel que défini dans les présentes dispositions particulières.
- De plus, ne sont pas garanties les conséquences des accidents ayant entraîné le décès du membre participant ;
- Survenus en dehors de la période de validité de la garantie ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par le membre participant ;
- Causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;
- Consécutif à la conduite par le membre participant d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la législation en vigueur ;
- Occasionnés par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
- Consécutifs à une guerre étrangère, guerre civile, à des émeutes ou des mouvements populaires, à une rixe (sauf s'il est prouvé que le membre participant agissait dans le cadre de la légitime défense), à une grève ou lock-out ;
- Occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique, les effets directs ou indirects des risques atomiques ;

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les cas suivants :

- Dès lors que le membre participant ne remplit plus les conditions pour être garanti;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation;
- En cas de décès du membre participant;
- En cas de résiliation, par le membre participant, à l'échéance annuelle au 31 décembre, avec un préavis de 2 mois (soit avant le 1er novembre) :
 - 1 - Soit par lettre ou tout autre support durable,
 - 2 - Soit par déclaration faite à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX,
 - 3 - Soit par acte extrajudiciaire,
 - 4 - Soit, lorsque Miltis propose la conclusion de contrat par un mode de communication,
 - 5 - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ;
- En cas de non-paiement des cotisations. Cf. § « Défaut de paiement des cotisations ».

COTISATIONS

Paiement des cotisations

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

Variation des cotisations relative à l'évolution de la garantie

Les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat. De même, les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment, comme la garantie, en cas de modification 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 ou son gestionnaire adressera au membre participant, par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 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.

DISPOSITIONS DIVERSES

Protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, la mutuelle, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou contact-cnil@asrama.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Examens des réclamations - Médiation

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à : reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé au Service Client de ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de membre participant.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai

maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

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

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

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois (3) mois. Cet avis ne lie pas les parties, qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

Loi et langue applicable

Pour le présent contrat, les relations précontractuelles et contractuelles entre le membre participant et la mutuelle sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties (le membre participant et la mutuelle) utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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

MILTIS • Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas • 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)