



NOTICE D'INFORMATION

**Contrat collectif facultatif
Frais de santé
J 042-06-2023**

Solis Santé

SOMMAIRE	2
SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
CHAPITRE 1 - OBJET DE VOTRE CONTRAT	3
Article 1 - Objet de votre Contrat	3
Article 2 - Faculté de renonciation	3
CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DES PARTIES	4
Article 3 - Obligations de l'Association	4
Article 4 - Vos obligations	5
CHAPITRE 3 - BÉNÉFICIAIRES, MODALITES D'ADHESION ET CESSATION DES GARANTIES	5
Article 5 - Bénéficiaires du Contrat	5
Article 6 - Modalités d'adhésion	6
Article 7 - Entrée en vigueur des garanties	6
Article 8 - Modification de votre situation	6
Article 9 - Cessation des garanties	7
CHAPITRE 4 - COTISATIONS	8
Article 10 - Détermination des cotisations	8
Article 11 - Modalités de paiement des cotisations	8
Article 12 - Révision des cotisations et des prestations	9
Article 13 - Défaut de paiement des cotisations	9
CHAPITRE 5 - ETENDUE DES GARANTIES	9
Article 14 - Quelle est la nature des garanties proposées par le Contrat ?	9
Article 15 - Dispositif « contrat responsable »	10
Article 16 - Services associés	12
Article 17 - Territorialité	13
CHAPITRE 6 - PRESTATIONS	13
Article 18 - Montants retenus	13
Article 19 - Calcul des prestations effectuées en secteur non conventionné ou à l'étranger	14
Article 20 - Modalités spécifiques en cas de bénéfice par ailleurs d'une couverture frais de santé	14
Article 21 - Principe indemnitaire	14
Article 22 - Prestations indues	14
CHAPITRE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	14
Article 23 - Formalités de règlement des prestations	14
Article 24 - Délais de paiement des prestations	15
Article 25 - Frais supplémentaires	15
CHAPITRE 8 - INFORMATIONS PRATIQUES	16
Article 26 - Prescription	16
Article 27 - Déclaration et appréciation du risque	16
Article 28 - Recours subrogatoire	17
Article 29 - Réclamation	17
Article 30 - Médiation	17
Article 31 - Informatique et libertés	18
Article 32 - Organisme de contrôle des assurances	18
ANNEXES	20
ANNEXE 1 - LEXIQUE	20
ANNEXE 2 - DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'ADHESION AU CONTRAT OU EN CAS DE MODIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES	25
ANNEXE 3 - DOCUMENTS A FOURNIR LORS DES DEMANDES DE PRESTATIONS	26

PREAMBULE

La Gamme « Solis Santé » développée par La Mutuelle Familiale est destinée aux membres de l'Association LMF ASSO SANTE et a pour but de répondre aux besoins des seniors (âgés de 50 ans et plus). Cette couverture complémentaire santé est composée de 5 niveaux de garanties et propose des paniers de soins adaptés afin de réduire au maximum leur reste à charge sur les postes de soins en optique, dentaire, audiologie, dépassements d'honoraires, etc.

CHAPITRE 1 - OBJET DE VOTRE CONTRAT

Article 1 - Objet de votre Contrat

Le Contrat collectif à adhésion facultative « Solis santé » est souscrit par l'Association LMF ASSO SANTE auprès de La Mutuelle Familiale.

Il a pour objet de faire bénéficier les membres de l'Association, pour leurs dépenses de santé résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité, d'un régime de remboursement de frais de santé complémentaire aux prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Ce Contrat est mis en place à titre facultatif au profit des membres de l'Association LMF ASSO SANTE dont la résidence principale est située en France métropolitaine. Vous pouvez donc choisir d'en bénéficier, sous réserve de vous acquitter de l'entière cotisation.

Vous pouvez également choisir d'étendre cette couverture frais de santé à vos ayants droit moyennant le paiement de cotisations additionnelles (Nota bene : pas de cotisation « *Enfants* » additionnelle à compter du 3^{ème} enfant affilié au contrat).

Dans ce cas, vos ayants droit affiliés au Contrat bénéficient nécessairement des mêmes garanties que vous.

Vous avez également accès au Tiers payant, à l'action sociale ainsi qu'aux autres services proposés par la Mutuelle.

Le Contrat collectif est régi par le Code de la mutualité et est soumis à la loi française.

Les Statuts et le Règlement intérieur de la Mutuelle sont opposables à l'Association souscriptrice ainsi qu'aux membres participants, en application du code de la mutualité. Un exemplaire de ces documents est remis par la Mutuelle à l'Association, qui s'engage à les communiquer à ses membres adhérant au Contrat.

A compter de leur adhésion au Contrat, les membres de l'Association acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle Familiale.

En application de l'article L. 114-6 du Code de la mutualité portant sur la représentation aux Assemblées Générales des mutuelles, les Statuts de la Mutuelle prévoient les modalités de désignation du ou des délégués représentant les membres participants affiliés au présent Contrat.

Article 2 - Faculté de renonciation

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif dès lors que vous avez adhéré au contrat dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze (14)

jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Toutefois, dès lors qu'elle a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, elle ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle elle reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet événement est postérieur.

Modalités de la renonciation

La renonciation peut être faite :

- par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, datée et signée, à l'adresse suivante :

La Mutuelle Familiale
52, rue d'Hauteville
75487 Paris cedex 10

- ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « *Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au Contrat [référence de la garantie], conclu le [date de l'adhésion] à [lieu] et demande le remboursement des cotisations versées. Date et signature* ».

Effets de la renonciation

En cas de vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque l'exécution anticipée des garanties a été demandée par l'assuré.

En cas de vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la demande de renonciation. L'assuré reste cependant tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DES PARTIES

Article 3 - Obligations de l'Association

La présente Notice d'information est établie puis transmise par la Mutuelle à l'Association LMF ASSO SANTE qui est tenue d'en remettre un exemplaire à chaque membre participant.

Elle définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de

prescription.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, par avenant au contrat collectif, l'Association est également tenue de vous en informer et de vous remettre une Notice d'information dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par la Mutuelle.

Il vous est possible de dénoncer votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle Notice d'information ou de l'additif, en raison des modifications apportées à vos droits et obligations.

Article 4 - Vos obligations

Vous êtes tenu de payer directement à la Mutuelle les cotisations afférentes à votre adhésion et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit au titre du présent Contrat.

En cas de non-paiement des cotisations, vous pourrez être exclu des garanties définies au Contrat collectif facultatif dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente Notice d'information.

CHAPITRE 3 - BÉNÉFICIAIRES, MODALITES D'ADHESION ET CESSATION DES GARANTIES

Article 5 - Bénéficiaires du Contrat

Bénéficiaire des garanties souscrites par l'Association LMF ASSO SANTE :

5.1 Vous-même, en tant que membre participant

Vous bénéficiez du Contrat « Solis santé », sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- Être une personne physique, dont la résidence principale est située en France métropolitaine, au moment de la souscription au contrat,
- Être affilié au régime obligatoire de la sécurité sociale.

5.2 Vos ayants-droit

Peuvent être reconnus comme ayants droit au titre du Contrat, sous réserve d'être affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :

- ▶ votre conjoint, votre partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS), votre concubin ainsi que vos enfants à charge;
- ▶ vos enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^{ème} anniversaire dès lors qu'ils relèvent de l'une des situations suivantes:
 - handicapés sur présentation de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
 - étudiants sur présentation de la carte d'étudiant,
 - apprentis sous Contrat salarié ou relevant d'un Contrat salarié de qualification ou d'insertion, sur présentation du Contrat,
 - sans activité vivant sous votre toit et sur présentation de l'attestation de Pôle Emploi, adressée chaque trimestre.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport à vous qui leur ouvrez des droits et, ils perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Vos ayants droit affiliés au Contrat bénéficient nécessairement des mêmes garanties que vous.

Article 6 - Modalités d'adhésion

Afin d'adhérer au Contrat et de bénéficier des garanties mises en place par l'Association LMF ASSO SANTE, vous devez :

- Faire parvenir à la Mutuelle, après consultation du document d'information sur le produit (IPID) et signature de la fiche devoir de conseil et d'information, votre Bulletin individuel d'affiliation dûment rempli, signé et faisant mention, le cas échéant, de vos éventuels ayants droit ;
- Verser directement à la Mutuelle les cotisations afférentes à votre adhésion et à celles de vos ayants droit au titre du présent Contrat.

Par ailleurs, en votre qualité de membre de l'association LMF ASSO SANTÉ, vous devez vous acquitter d'une cotisation annuelle d'un montant de 1 euro fixée par l'assemblée générale de l'association. Pour une adhésion en cours d'année, le prélèvement de la cotisation à l'association LMF Asso Santé se fait lors du premier appel de cotisation. Lors d'un renouvellement, la cotisation sera prélevée sur l'échéancier du mois de janvier de chaque année ;

- Déclarer à la Mutuelle, via un Bulletin de changement de situation, toute modification de votre situation ou toute adjonction d'un nouvel ayant droit. Cette modification doit être déclarée dans les trois (3) mois suivants la date de survenance de l'événement entraînant le changement de situation;
- Fournir à la Mutuelle toute déclaration ou justificatif nécessaire et demandé par la Mutuelle dans le cadre du règlement des prestations, comme indiqué à l'Annexe 3 de la présente Notice d'information ;
- Transmettre à la Mutuelle votre adresse électronique, ainsi que tout changement de cette même adresse de messagerie, permettant notamment la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle (documents d'informations, modifications du montant des cotisations et/ou prestations...).

Article 7 - Entrée en vigueur des garanties

Sous réserve du respect des modalités d'adhésion, les garanties prennent effet à compter de la date de votre adhésion au Contrat collectif souscrit par l'Association, formalisée par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation.

Votre adhésion et vos droits à garanties, prennent effet pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée d'un an, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

Vos ayants droit sont couverts à la même date que vous, si la demande d'affiliation est faite simultanément. En revanche, si cette demande est faite ultérieurement, leur affiliation prendra effet à la date que vous aurez choisie et indiquée dans le bulletin de changement de situation.

Article 8 - Modification de votre situation

Modification des ayants droit

Vous bénéficiez d'un délai de trois (3) mois suivant la réalisation de l'événement entraînant un changement de situation pour en informer la Mutuelle et lui envoyer les pièces justificatives relatives à cette nouvelle situation. Dans ce cas, la modification prend effet dès réception de la demande (le cachet de la poste faisant foi).

A défaut d'information de la Mutuelle dans le délai de trois (3) mois, la demande de modification prend effet le 1^{er} janvier qui suit votre demande, sous réserve qu'elle soit formulée au plus tard avant le 1^{er} octobre de l'année en cours.

En tout état de cause, seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du Contrat et au plus tôt à la date de votre adhésion ou de celle vos ayants droit, donnent lieu à

prise en charge au titre du Contrat, sous réserve du paiement des cotisations, et ce à hauteur des garanties souscrites par l'Association, quelle que soit la date de la prescription ou du traitement auquel ils sont rattachés.

Le nouveau-né est garanti à la date de la naissance dans les conditions prévues par le contrat sous réserve que la demande soit faite à la Mutuelle dans les trois (3) mois qui suivent la naissance (et sous réserve que vos droits aux prestations soient ouverts à cette date).

Autres modifications

Tout au long de l'adhésion, vous devez déclarer à la Mutuelle dans un délai d'un (1) mois à compter de sa survenance, tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'affiliation ou toute autre modification de situation à l'adresse suivante :

La Mutuelle Familiale,
Service Adhésions
52, rue d'Hauteville
75487 Paris cedex 10.

Un justificatif devra être présenté pour la prise en compte de ces changements.

Article 9 - Cessation des garanties

9.1. Causes de cessation des garanties

L'adhésion et /ou l'affiliation au présent Contrat et le bénéfice des garanties cessent:

- à la date à laquelle vous ou vos ayants droit ne remplissez plus les conditions définies à l'article 5;
- à la date à laquelle vous cessez d'être membre de l'Association LMF ASSO SANTE;
- au jour de votre décès ou du décès de l'ayant droit ;
- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 13 de la présente Notice d'information ;
- en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
- en cas de modifications apportées à vos droits et vos obligations, dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente Notice d'information ;
- à la date de résiliation des garanties souscrites à titre facultatif telle que prévue à l'article 9.2;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat par l'Association LMF ASSO SANTE.

La cessation de vos garanties entraîne automatiquement la fin des garanties de vos ayants droit.

9.2. Résiliation à l'initiative du membre participant

L'adhésion cesse de produire effet pour vous et vos ayants droit mentionnés sur le bulletin d'affiliation en cas de résiliation de votre Contrat.

9.2.1 Résiliation à l'échéance

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, vous pouvez dénoncer votre adhésion ou la couverture de l'un de vos ayants droit au présent Contrat au 31 décembre de chaque année, en adressant à la Mutuelle une demande de résiliation au moins deux (2) mois avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

La dénonciation de votre adhésion sera effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.

La dénonciation de votre adhésion ne vous dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie frais de santé est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

9.2.2 Résiliation infra-annuelle

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de votre adhésion au Contrat, vous pouvez demander à tout moment la dénonciation de votre adhésion.

La dénonciation de votre adhésion pourra être faite par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité et prendra effet un (1) mois après la réception de votre notification par la Mutuelle.

Vous restez redevable 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 dénonciation.

9.3 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à votre adhésion au Contrat en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions fixées à l'article 13 de la présente notice d'information.

CHAPITRE 4 - COTISATIONS

Article 10 - Détermination des cotisations

Les cotisations sont exprimées en euros ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Article 11 - Modalités de paiement des cotisations

Sauf disposition contraire prévue aux Conditions particulières, les cotisations sont payables directement par vous-même, mensuellement par avance, par prélèvement sur votre compte bancaire.

Vous pouvez également choisir de régler vos cotisations par virement bancaire.

Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations dues au titre des garanties souscrites à titre facultatif.

La proratisation des cotisations est applicable au titre du présent Contrat dans vos relations avec la Mutuelle, en ce compris, celles afférentes à la couverture des ayants droit.

Elle concerne aussi bien les cotisations :

- établies en référence au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)
- que les cotisations mensuelles exprimées en euros
- ou en pourcentage du salaire.

Le dispositif de proratisation tient nécessairement compte de vos dates d'entrée et sortie du Contrat en cours de mois. Elle tient également compte des dates d'entrée et sortie en cours de mois de vos ayants droit, le cas échéant.

Dans ce cadre, le calcul de la cotisation mensuelle est effectué au 30ème du mois, quel que soit le nombre de jours dans le mois.

Le montant de la cotisation est le produit des facteurs suivants :

- cotisation exprimée en mois plein,
- multiplié par le nombre de jours de présence sur le Contrat au cours du mois,
- rapporté à la valeur de 30.

Les garanties d'assistance intégrées au présent Contrat bénéficient des mêmes mesures.

Article 12 - Révision des cotisations et des prestations

Les cotisations peuvent être réévaluées à chaque échéance annuelle, le cas échéant par avenant au contrat collectif, en fonction des résultats techniques du contrat collectif « Solis santé », des prévisions de consommation ou de l'évolution du coût des prestations couvertes.

Le montant de la cotisation évolue également lorsque vous ou vos ayants droit atteignez une nouvelle tranche d'âge. La nouvelle cotisation prend alors effet au 1^{er} janvier de l'année civile suivant votre date anniversaire ou celle de vos ayants droit.

En outre, lorsque le risque se trouve aggravé, ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le montant des cotisations et/ou des prestations pourra être révisé par avenant au contrat collectif « Solis santé ».

Par exception, et conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, la modification proposée par La Mutuelle Familiale visant à mettre le contrat collectif en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » est réputée acceptée à défaut d'opposition de l'Association LMF ASSO SANTE.

La Mutuelle l'informe par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. L'Association dispose d'un délai de trente (30) jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un (1) mois après l'expiration du délai précité de trente (30) jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par l'Association.

Article 13 - Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au membre participant, en application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion aux garanties définies au Contrat collectif facultatif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE 5 - ETENDUE DES GARANTIES

Article 14 - Quelle est la nature des garanties proposées par le Contrat ?

On entend par frais médico-chirurgicaux ceux reconnus comme tels par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ou ne figurant pas dans la nomenclature de l'Assurance Maladie ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du présent Contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau de garanties.

La nature et le montant des prestations sont précisés en annexe 4 de la présente Notice d'information.

Article 15 - Dispositif « contrat responsable »

Le Contrat dont vous bénéficiez a la qualité de « contrat responsable » au sens des dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dès lors, les niveaux de garanties et de prestations du Contrat suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du « contrat responsable ».

Article 15.1 - Prestations prises en charge au titre du Contrat responsable

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, sont pris en charge au titre du Contrat responsable :

- **l'intégralité de la participation des assurés** définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur).
Par exception, pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques, le ticket modérateur sera pris en charge uniquement si cela est prévu dans le tableau des garanties.
- lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des garanties, **les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO)** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, sous réserve de respecter la double limite réglementaire de prise en charge,
- **le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limite de durée**, conformément à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale,
- **l'intégralité des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale, d'aides auditives et de soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé).**
Pour ces équipements et soins, les remboursements effectués par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de Complémentaire santé doivent respecter les prix limites de vente (PLV) déterminés par voie réglementaire et les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.
- lorsque le Contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale et d'aides auditives appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**, les remboursements santé sont conformes au tableau des garanties applicable et, en tout état de cause aux planchers et plafonds réglementaires,
- lorsque le Contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**, les remboursements sont conformes au tableau des garanties applicable. Cependant, pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier maîtrisé), les montants de remboursements ne peuvent excéder les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Précisions relatives à la prise en charge des garanties optique et aides auditives :

Équipement optique : conformément au cahier des charges du Contrat responsable, **la prise en charge en optique est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans**, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible notamment en cas d'évolution de la vue ou en cas

d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement d'optique médicale est la date de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Aides auditives: conformément au cahier des charges du Contrat responsable, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre (4) ans. L'appréciation de la période susmentionnée se fera à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le délai sera apprécié distinctement pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Les obligations de prise en charge sont susceptibles d'évoluer conformément à la législation sur le contrat responsable.

Article 15.2 - Prestations non prises en charge au titre du Contrat responsable

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du membre participant et de ses ayants droit prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce 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 montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros) ;
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
 - 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue, à la date de signature du présent Contrat ou à l'avenir par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne seront pas remboursées au titre du présent Contrat.

Pour les Bénéficiaires relevant du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, les montants de remboursement sont réduits afin que la prise en charge de la participation du Bénéficiaire ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant les plafonds de prise en charge et le montant des frais exposés.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies par le Contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature du Contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le Contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

En cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires, le Contrat sera mis en conformité.

Article 16 - Services associés

16.1 Télétransmission

Le régime obligatoire d'assurance maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle, sauf refus exprès de votre part ou de la part de votre ayant droit.

Si vous avez déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme assureur, celle-ci ne pourra être mise en place avec la Mutuelle Familiale qu'après demande de radiation du précédent organisme assureur, formulée par vos soins ou le cas échéant par vos ayants droit, auprès du Régime de base.

En cas de changement de régime obligatoire d'assurance maladie, il vous appartient d'en avertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de votre nouvelle attestation Vitale, selon les modalités prévues à l'article 8 de la présente Notice d'information.

16.2 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle signe directement ou indirectement des conventions de tiers payant avec des établissements de soins et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par vous ou vos ayants droit.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, pour les garanties obligatoirement prises en charge au titre des contrats responsables, vous ainsi que vos ayants droit pouvez bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Lorsque la Mutuelle n'a pas signé de convention avec le professionnel de santé, la mise en œuvre du tiers payant est subordonnée à l'acceptation du professionnel de santé.

Une carte de Tiers payant vous sera fournie afin que vous puissiez bénéficier du Tiers payant auprès des prestataires de santé. Cette carte atteste de vos droits, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

En cas de cessation ou suspension du Contrat mutualiste, vous êtes tenu de retourner votre carte de Tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de cette carte pendant l'une de ces périodes est frauduleuse.

La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

16.3 Assistance

Un Contrat d'assurance collective offrant des garanties d'Assistance est souscrit par la Mutuelle conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité auprès de l'organisme Filassistance International, régi par le Code

des assurances, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

Ce Contrat est ouvert pour vous apporter un soutien dans l'urgence face à des situations imprévues.

Les garanties de ce Contrat d'assistance sont intégrées au Contrat.

En tout état de cause, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation.

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une Notice d'information spécifique.

16.4 Réseau de soins

En tant que bénéficiaire du contrat « Solis santé », vous bénéficiez d'un réseau de soins qui vous permet d'accéder à de nombreux professionnels de santé:

- répartis sur tout le territoire ;
- indépendants et représentants d'enseignes nationales ;
- sélectionnés sur des critères de qualité (Chartes Qualités rédigées avec des professionnels de santé) et de tarifs exigeants ;
- régulièrement contrôlés pour maintenir le niveau de qualité des prestations.

Pour plus d'informations sur ce service, nous vous invitons à vous rendre dans votre espace personnel adhérent.

16.5 Téléconsultation médicale

Le service de téléconsultation médicale vous permet ainsi qu'à vos ayants droit d'accéder en direct à un médecin généraliste ou spécialiste par téléphone ou via une application mobile sans rendez-vous 24h/24h et 7j/7, avec possibilité de prescription d'ordonnance.

Pour plus d'informations sur ce service, nous vous invitons à vous rendre dans votre espace personnel adhérent.

Article 17 - Territorialité

Vous ainsi que vos ayants droit devez être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français pour bénéficier des garanties prévues par le Contrat.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie et vous sont versées en euros.

CHAPITRE 6 - PRESTATIONS

Article 18 - Montants retenus

Prestation exprimée en pourcentage de la Base de remboursement (« BR »)

Le montant de remboursement peut être exprimé en pourcentage de la base de remboursement qui constitue le tarif de référence utilisé par le régime obligatoire d'assurance maladie pour calculer le taux de remboursement du régime obligatoire.

La base de remboursement applicable est celle en vigueur à la date de survenance de l'événement.

Prestations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS »)

La base de calcul du remboursement est constituée de la somme de référence constituant le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur.

Prestation versée sur la base des Frais réels (« FR »)

Le montant de remboursement peut être appliqué sur les frais réellement engagés, selon :

- les montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie ;
- à défaut, les montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée au régime obligatoire d'assurance maladie ;
- à défaut, les montants résultant de l'application de la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Prestation exprimée en forfait euros (« € »)

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, qui prend la forme d'un montant en euros.

Article 19 - Calcul des prestations effectuées en secteur non conventionné ou à l'étranger

Pour le calcul des prestations effectuées en secteur non conventionné ou des prestations effectuées à l'étranger, la Mutuelle calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Le calcul des prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

Article 20 - Modalités spécifiques en cas de bénéfice par ailleurs d'une couverture frais de santé

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, vous ou votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme assureur de votre choix. La contribution de chacun des organismes est déterminée en application des montants de remboursement mentionnés dans le contrat.

Article 21 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou, le cas échéant, à la charge de votre ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez le droit.

Article 22 - Prestations indues

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'adhérent ou à ses ayants droit, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire.

CHAPITRE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 23 - Formalités de règlement des prestations

Les membres participants doivent être à jour du paiement de leurs cotisations pour percevoir le règlement de leurs prestations.

Les prestations sont traitées:

- par échange NOEMIE (télétransmission entre le régime obligatoire d'assurance maladie et la Mutuelle), sauf opposition écrite de votre part ou, le cas échéant, de la part de votre ayant droit ;
- sur présentation à la Mutuelle de l'original du décompte établi par le régime obligatoire d'assurance maladie ou de l'original la facture acquittée si la prestation n'est pas prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie.

Votre demande doit être accompagnée des pièces et justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom(s) et prénom(s) du bénéficiaire ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire d'assurance maladie).

Ces pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge.

Ces pièces sont conservées par la Mutuelle qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

Lors de l'affiliation, le Bénéficiaire fournit un Relevé d'Identité Bancaire afin que les remboursements des prestations puissent se faire par virement.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, vous devez envoyer à la Mutuelle le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués par virement sur votre compte courant ou, à votre demande, sur le compte courant de votre ayant droit de plus de 16 ans.

Vous êtes informé des prestations versées par l'envoi régulier d'un bordereau récapitulatif. Il vous appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués.

Conformément aux règles de prescription, vous avez deux ans à compter de la date des soins pour demander le remboursement de vos soins auprès de la Mutuelle.

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés à l'Annexe 3 de la présente Notice d'information.

Article 24 - Délais de paiement des prestations

A réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par la Mutuelle au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE ;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par la Mutuelle.

Les prestations sont versées :

- soit aux professionnels de santé si le Bénéficiaire des garanties au titre du présent Contrat a fait usage du Tiers payant ;
- soit directement aux Bénéficiaires par virement sur leur compte bancaire.

Article 25 - Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par vous ou, le cas échéant, votre ayant droit impose à la Mutuelle le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

CHAPITRE 8 - INFORMATIONS PRATIQUES

Article 26 - Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du bénéficiaire, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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 bénéficiaire contre la Mutuelle 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 bénéficiaire, ou a été indemnisé par le bénéficiaire.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle 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, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Le recommandé électronique doit être envoyé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

Article 27 - Déclaration et appréciation du risque

Les déclarations effectuées, tant par l'Association dont vous êtes membre, que par vous-même servent de base à la garantie.

La Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude des données communiquées et des documents produits tant au moment de la souscription, du paiement des cotisations, qu'au moment du versement des prestations.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la garantie qui lui est accordée par la Mutuelle est nulle, dès lors que cela change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, même si le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, la garantie qui lui est accordée, par la Mutuelle n'encourt pas la nullité.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion

prend fin dix (10) jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.
La Mutuelle restitue au membre participant, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 28 - Recours subrogatoire

En cas d'accident, le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dès lors que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers.

Pour le paiement de ce type de prestations, La Mutuelle Familiale est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à l'un de ses ayants droit victime de l'accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité de la victime.

Article 29 - Réclamation

La Mutuelle met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires. Les membres participants peuvent néanmoins, en cas d'insatisfaction, formuler une réclamation en écrivant au Service Qualité et Suivi de la Performance :

- soit par courriel à reclamations@mutuelle-familiale.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de :

La Mutuelle Familiale
Service Qualité et Suivi de la Performance
52, rue d'Hauteville
75487 Paris Cedex 10

Le réclamant recevra un accusé de réception de sa réclamation sous dix (10) jours ouvrables au plus tard à compter de l'envoi de son courrier, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse du Service demandes adhérents au plus tard deux (2) mois après l'envoi de sa demande.

Article 30 - Médiation

Le réclamant non satisfait de la réponse apportée par le Service demandes adhérents pourra avoir recours à la médiation sous réserve que son différend soit relatif à l'exécution de son contrat et relève de la compétence du Médiateur.

Pour plus d'informations, nous invitons le réclamant à se référer à l'article 2 de la Charte de la médiation disponible depuis le site internet du médiateur : www.mediateur-mutualite.fr , onglet « Saisir le médiateur ».

Conformément au processus de médiation dans les conditions prévues au titre I du livre VI du Code de la consommation, dans un délai d'un an suivant sa réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit par le dépôt d'une demande en ligne sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>;
- soit par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

Article 31 - Informatique et libertés

La Mutuelle Familiale, en tant que Responsable de traitement, s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires prévues par la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et par le Règlement général sur la protection des données n°2016-679 du 27 avril 2016.

Dans le cadre du Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative, La Mutuelle Familiale est amenée à collecter les données à caractère personnel suivantes :

- Données relatives à l'identité
- Données relatives à la vie personnelle
- Informations d'ordre économique et financier
- Données de connexion
- Données concernant la santé
- Le numéro d'identification national unique (NIR)

Ces données sont collectées et traitées sur le fondement de l'exécution du Contrat pour les finalités décrites ci-dessous :

- L'exercice du devoir de conseil impliquant le recueil des besoins exprimés par l'assuré
- La passation, la gestion et l'exécution du Contrat
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations
- La gouvernance de la Mutuelle

Ces données sont destinées aux services internes de La Mutuelle Familiale, au prestataire tiers payant, à la CPAM, aux autorités de contrôle, ainsi qu'aux autorités compétentes dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, la lutte contre le terrorisme et la lutte contre la fraude.

Les données à caractère personnel seront conservées durant toute la durée du Contrat et conformément aux délais de prescription légaux.

La Mutuelle Familiale s'engage à prendre des mesures techniques et organisationnelles pour assurer la sécurité des données collectées et traitées.

Chaque membre participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données le concernant. Ce droit s'exerce auprès du Délégué à la protection des données :

- Par courrier : Délégué à la protection des données, 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris
- Par mail : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr

Chaque membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL, 3 Place Fontenoy - TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou sur www.cnil.fr

Article 32 - Organisme de contrôle des assurances

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4 Place de Budapest 75009 Paris.

100% Santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre «100% Santé».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers «100% Santé».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier «100% Santé» et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre «100% Santé».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier «100 % Santé», de leur présenter également une alternative thérapeutique prévue dans le panier «100% Santé», chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur soumettre une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

A

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie.

B

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire

Personne qui bénéficie des garanties de complémentaire santé, soit :

- à titre personnel lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors d'assuré ou d'adhérent,
- du fait de ses liens avec l'assuré (enfant ou conjoint), on parle alors d'ayant droit.

C

Chambre particulière

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Chirurgie réfractive

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie.... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Contrat collectif

C'est un Contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit (ou par une personne morale, par exemple une association, au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droits).

Contrat responsable

Contrat régi par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale garantissant le respect du parcours de soins coordonnés, permettant de bénéficier d'un taux spécifique de taxe de solidarité additionnelle (TSA) et ouvrant droit à des exonérations sociales et fiscales pour les entreprises et les membres participants dans le cadre d'un Contrat collectif complémentaire souscrit à titre obligatoire.

D

Dépassement d'honoraires

C'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le Contrat le prévoit.

F

Forfait « 24 euros »

Ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Forfait patient urgences (FPU)

Depuis le 1^{er} janvier 2022, tout passage dans un service d'urgences non suivi d'une hospitalisation donne lieu au règlement d'un forfait patient urgences (FPU).

Ce dispositif remplace deux « forfaits » qui cohabitaient jusqu'alors :

- le forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU) et,
- le ticket modérateur.

D'un montant fixe, le forfait patient urgences pourra être réduit voire supprimé pour certains assurés.

Frais de séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais d'accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Frais réels

Le remboursement de certaines prestations peut se faire aux frais réels. Cela signifie que le montant de remboursement ne pourra excéder les dépenses réelles engagées par le bénéficiaire.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- **0,50 euros** par boîte de médicaments ;
- **0,50 euros** par acte paramédical ;
- **2,00 euros** par transport sanitaire.

H

Hospitalisation

Séjour dans un établissement de santé en vue de la prise en charge médicale d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

I

Imagerie médicale - Radiologie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implantologie

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire (sauf pathologies très particulières), mais peut en revanche être prise en charge par certains Contrats d'assurance santé complémentaire.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlays et Onlays

Technique permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un *inlay* ou d'un *onlay* permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). Certains Contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

M

Maladie

Altération de la santé de l'assuré ou adhérent constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Etat dans lequel se trouve la femme durant les périodes de grossesse non pathologique, de l'accouchement et de ses suites. La grossesse ne constitue pas une maladie.

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal. Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;

N

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux (appareillage...) hors médicaments, il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).
- Les actes non-inscrits à la nomenclature (dit « hors nomenclature » ou HN) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

O

OPTAM / OPTAM-CO

Depuis le 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins est remplacé par un autre dispositif, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) applicable à l'ensemble des médecins.

Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO).

Ces options sont ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

Organismes d'Assurance Maladie

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Organisme Assureur Complémentaire

Organisme de protection complémentaire assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

P

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les Contrats de complémentaire santé « responsables ».

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État - (AME).

R

Régime obligatoire d'Assurance maladie

Régime obligatoire intervenant en premier niveau de remboursement, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Reste à charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé.

T

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

Tiers payant

Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits.

ANNEXE 2 - DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'ADHESION AU CONTRAT OU EN CAS DE MODIFICATION DES BENEFICIAIRES

	Photocopie de l'Attestation d'Assurance Maladie sur laquelle figure la personne couverte (en cours de validité)	Attestation sur l'honneur de vie maritale	Photocopie de la carte d'étudiant ou certificat de scolarité ou attestation Pôle Emploi ou carte d'invalidité ou notification d'attribution de la CDAPH	Relevé d'Identité Bancaire (RIB)	Mandat SEPA dûment rempli
Membre participant	✓	✓	✓	✓	✓
Conjoint, Partenaire de PACS ou concubin	✓			✓ (1)	✓
Enfant à charge de moins de 18 ans	✓				
Enfant à charge de plus de 18 ans, jusqu'au 31 décembre de ses 28 ans	✓		✓	✓ (1)	✓

(1) en cas de demande de versement des prestations sur un RIB différent de celui du membre participant.

La Mutuelle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

ANNEXE 3 - DOCUMENTS A FOURNIR LORS DES DEMANDES DE PRESTATIONS

Pour bénéficier du remboursement de vos prestations, conformément aux garanties que vous avez souscrites, nous vous invitons à nous transmettre les justificatifs ci-dessous.

Nature de la prestation		Avec télétransmission	Sans télétransmission
SOINS COURANTS	Soins consultations, visites, actes médicaux, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	Automatique	Décompte Sécurité Sociale Facture acquittée et détaillée*
	Pharmacie : Médicaments à SMR majeur (65%), modéré (30%) ou faible (15%)	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture du pharmacien acquittée et détaillée*
	Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée* et la copie de la prescription médicale	
	Matériel médical remboursé par la Sécurité Sociale Transport	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
DENTAIRE	Soins dentaires,	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
	Prothèses acceptées ou inlays-onlays par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée*	
	Implant, Parodontologie	Facture acquittée et détaillée*	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
	Orthodontie non remboursée	Facture acquittée et détaillée* mentionnant la date de début et de fin de traitement	
HOSPITALISATION	Frais de séjour	Bordereau de facturation ou avis des sommes à payer et quittance pour hôpitaux	
	Forfait journalier		
	Chambre particulière		
	Frais d'accompagnant	Facture acquittée et détaillée* de l'établissement	
	Dépassement d'honoraires médicaux ou chirurgicaux	Facture acquittée et détaillée*	
MATERNITÉ	Honoraires anesthésie et obstétrique	Bordereau de facturation	Décompte Sécurité Sociale + Bordereau de facturation
	Fécondation in vitro-amniocentèse		
	Chambre particulière	Facture acquittée et détaillée	
OPTIQUE	Lunettes et lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale
	Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée de l'opticien* + copie de la prescription médicale	
	Chirurgie réfractive	Facture acquittée et détaillée*	
AIDES AUDITIVES	Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale, entretien et réparations	Facture acquittée et détaillée* de l'audioprothésiste et copie de la prescription	
BIEN ETRE ET PREVENTION	Cure thermale	Facture acquittée et détaillée* Frais d'hébergement et/ou transport	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée* Frais

Nature de la prestation		Avec télétransmission	Sans télétransmission
		Attestation avec date début et fin de cure pour forfait	d'hébergement et/ou transport Attestation avec date début et fin de cure pour forfait
	Sevrage tabagique sur prescription médicale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale + Décompte Sécurité Sociale
	Thérapies complémentaires et médecines douces <i>Réalisées par un praticien d'État ou inscrit RNCP</i> Liste présente au tableau de garanties.	Facture acquittée et détaillée* comportant le numéro d'identification et le cachet du professionnel de santé (ADELI*/RPPS*) <i>*ADELI est un répertoire national qui recense les professionnels de santé réglementés en mentionnant leurs lieux d'exercice et leurs diplômes. *RPPS est un répertoire partagé des professionnels de santé et qui concerne pour l'instant les médecins, les sage-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.</i>	
	Contraception, vaccins non remboursés	Facture acquittée et détaillée*	
PARTICIPATION FORFAITAIRE	Allocation naissance ou adoption (subordonné ou non à l'inscription, en fonction de la garantie)	Acte de naissance ou certificat d'adoption	
	Allocation mariage de l'adhérent(e)	Certificat de mariage (mariage civil uniquement)	
	Participation à un abonnement annuel (sportif, musical ou artistique)	Facture acquittée précisant la période d'abonnement (dates)	
	Allocation obsèques	Acte de décès + Facture originale acquittée + Certificat d'hérédité (si le paiement des frais d'obsèques a été effectué par le défunt de son vivant ou par prélèvement sur son compte bancaire ou postal) + RIB	
SOINS A L'ETRANGER <i>Pour toute demande, la facture doit être traduite en français</i>		Facture acquittée et détaillée* + décompte Sécurité Sociale	

Ce document n'a pas vocation à être exhaustif.

La Mutuelle Familiale a mis en place, conformément à la réglementation, un dispositif de lutte contre la fraude. Dans ce cadre, elle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

Quel que soit le cas, lorsque La Mutuelle Familiale intervient en surcomplémentaire : Photocopie du décompte Sécurité Sociale (pour les soins pris en charge), les originaux des décomptes de la 1^{ère} mutuelle et les factures acquittées détaillées.

***La facture acquittée et détaillée doit mentionner les éléments suivants :**

- Nom et adresse du professionnel de santé
- Numéro de Sécurité sociale
- Nom et prénom du bénéficiaire
- Date de facturation
- Détail des actes
- Montant total de la dépense
- Base et taux de remboursement de la Sécurité Sociale
- Montant réglé par l'adhérent
- Mention « acquitté » indiquée par le professionnel de santé

⇒ **En cas de tiers payant partiel :**

Vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part Sécurité Sociale. Même si vous bénéficiez de la télétransmission, pour être remboursé, vous devez adresser à la Mutuelle Familiale le décompte de la Sécurité Sociale, ainsi que le reçu du professionnel de santé justifiant les sommes réglées.

⇒ **Remboursement du dépassement pour des actes pour lesquels vous avez bénéficié du tiers payant :**

Si votre garantie prévoit la prise en charge du dépassement, vous devez nous adresser la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé mentionnant le montant du dépassement.



Mutuelle régie par le livre II
du Code de la mutualité.
SIREN n°784 442 915

SIÈGE SOCIAL
52, RUE D'HAUTEVILLE
75487 PARIS CEDEX 10





STATUTS

Mise à jour approuvée à l'Assemblée générale du 17 mai 2022

Table des matières

Préambule.....	4
TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	4
CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	4
ARTICLE 1 – DÉNOMINATION, SIÈGE, STRUCTURES DE GROUPE.....	4
ARTICLE 2 – OBJET DE LA MUTUELLE	4
ARTICLE 3 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR	4
ARTICLE 4 – RÈGLEMENT MUTUALISTE	5
ARTICLE 5 – RESPECT DE L’OBJET DES MUTUELLES	5
CHAPITRE II – CONDITIONS D’ADHÉSION, DE RÉSILIATION, DE RADIATION ET D’EXCLUSION.....	5
SECTION 1 – CONDITIONS D’ADHÉSION	5
ARTICLE 6 – ADHÉRENTS	5
ARTICLE 7 – MODALITÉS D’ADHÉSION	5
ARTICLE 8 – RÉSERVÉ	6
ARTICLE 9 – DÉMISSION	6
ARTICLE 10 – RADIATION	6
ARTICLE 11 – EXCLUSION	6
ARTICLE 12 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L’EXCLUSION	6
TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	7
CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7
ARTICLE 13 – SECTIONS DE VOTE.....	7
ARTICLE 14 – COMPOSITION DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7
ARTICLE 15 – ÉLECTION PARTIELLE	7
ARTICLE 16 – CONVOCATION.....	7
ARTICLE 17 – MODALITÉS DE CONVOCATION	7
ARTICLE 18 – ORDRE DU JOUR.....	8
ARTICLE 19 – COMPÉTENCES DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	8
ARTICLE 20 – MODALITÉS DE VOTE DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.....	8
ARTICLE 21 – DÉCISIONS DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	9
ARTICLE 22 – RÉSERVÉ	9
CHAPITRE II – CONSEIL D’ADMINISTRATION	9
SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION.....	9
ARTICLE 23 – COMPOSITION.....	9
ARTICLE 24 – CANDIDATURES - CONDITIONS D’ÉLIGIBILITÉ	9
ARTICLE 25 – ÉLECTION.....	10
ARTICLE 26 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	10
ARTICLE 27 – VACANCE.....	10
SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	10
ARTICLE 28 – RÉUNIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	10
ARTICLE 29 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D’ADMINISTRATION	10
ARTICLE 30 – DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	11
ARTICLE 31 – RÉSERVÉ	11
SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	11
ARTICLE 32 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	11
ARTICLE 33 – DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS	11
SECTION 4 – STATUT DES ADMINISTRATEURS	11
ARTICLE 34 – INDEMNISATION	11
ARTICLE 35 – REMBOURSEMENT DE FRAIS.....	11
ARTICLE 36 – INTERDICTION	12
ARTICLE 37 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS	12
CHAPITRE III – PRÉSIDENT ET BUREAU.....	12
SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT	12
ARTICLE 38 – ÉLECTION DU PRÉSIDENT	12
ARTICLE 39 – VACANCE DÉFINITIVE DU PRÉSIDENT	12
ARTICLE 40 – RÉSERVÉ	12

ARTICLE 41 – MISSIONS DU PRÉSIDENT	12
SECTION 2 – ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU ET ATTRIBUTIONS DES ADMINISTRATEURS MEMBRES DU BUREAU ...	12
ARTICLE 42 – ÉLECTION DU BUREAU	12
ARTICLE 43 – LE VICE-PRÉSIDENT.....	13
ARTICLE 44 – MISSIONS ET RÔLE DU BUREAU	13
CHAPITRE IV – AUTRES MANDATAIRES	13
ARTICLE 45 – STATUT DE MANDATAIRE MUTUALISTE	13
CHAPITRE V – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE	13
ARTICLE 46 – RÉGIONS.....	13
ARTICLE 47 – ENTREPRISES	13
ARTICLE 48 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES COMITÉS D’ANIMATION MUTUALISTE (RÉGIONS ET ENTREPRISES)	14
CHAPITRE VI – ORGANISATION FINANCIÈRE	14
SECTION 1 – RECETTES ET DÉPENSES	14
ARTICLE 49 – RECETTES.....	14
ARTICLE 50 – DÉPENSES	14
SECTION 2 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE	14
ARTICLE 51 – RAPPORT SUR LA GESTION.....	14
ARTICLE 52 – SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE.....	14
SECTION 3 – DISPOSITIF DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES	14
ARTICLE 53 – COMITÉ D’AUDIT	14
ARTICLE 54 – COMMISSAIRES AUX COMPTES	14
SECTION 4 – FONDS D’ÉTABLISSEMENT	15
ARTICLE 55 – MONTANT DU FONDS D’ÉTABLISSEMENT	15
TITRE III – INFORMATION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE	15
ARTICLE 56 – INFORMATION AUX ADHÉRENTS	15
ARTICLE 57 – RÉSERVÉ	15
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	15
ARTICLE 58 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION	15
ARTICLE 59 – MISE A DISPOSITION DES STATUTS	15

Préambule

La Mutuelle Familiale, créée en 1937, n'a pas de but lucratif. Elle agit pour le développement moral, intellectuel et physique de ses membres, en déployant cinq missions : protéger, prévenir, aider, soigner et solidariser.

Elle promeut auprès de ses membres la défense d'un système de protection sociale solidaire à même de prendre en charge durablement les besoins de santé et de prévention de toute la population, dans le cadre d'une solidarité interprofessionnelle et intergénérationnelle à laquelle elle réaffirme son attachement.

Elle œuvre au renforcement des prises en charge des soins et de la prévention par le régime obligatoire, à même de garantir l'accès aux soins de qualité pour tous et le recul des inégalités sanitaires, sociales et territoriales.

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – DÉNOMINATION, SIÈGE, STRUCTURES DE GROUPE

ARTICLE 1-1 – DÉNOMINATION

Les présents statuts sont applicables dans les relations entre la Mutuelle et ses membres participants. La mutuelle est dénommée : « LA MUTUELLE FAMILIALE » et a la qualité de personne morale de droit privé à but non lucratif.

Elle est régie par le Livre II du Code de la mutualité et est immatriculée au répertoire SIREN sous le n°784 442 915.

ARTICLE 1-2 – SIÈGE DE LA MUTUELLE

Son siège est établi au 52, rue d'Hauteville 75010 PARIS. Il pourra être modifié sur décision du Conseil d'administration, ratifiée par l'Assemblée générale suivante.

ARTICLE 1-3 – CRÉATION ET/OU ADHÉSION A DES STRUCTURES DE GROUPE

La Mutuelle Familiale peut participer à la création d'une Union de Groupe Mutualiste (UGM), ou adhérer à une telle union, sur décision de l'Assemblée générale. Il en est de même pour les Unions Mutualistes de Groupe (UMG), dans les mêmes conditions, ainsi que pour l'adhésion à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM), à une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), à un Groupement d'Assurance Mutuelle (GAM) (article L. 322-1-5 du Code des assurances) ou à un Groupement Assurantiel de Protection Sociale (GAPS) (article R. 931-2-1 du Code de la Sécurité Sociale).

ARTICLE 2 – OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet, directement ou indirectement, de :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2),
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- contracter des engagements liés à la natalité ou la nuptialité de ses membres (branche 21),
- accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance,
- se substituer, à leur demande, à d'autres mutuelles pour les engagements mentionnés ci-dessus dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité,
- mettre accessoirement en œuvre une action sociale, ou gérer des réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions et limites définies par l'article L. 111-1 III du Code de la mutualité,
- assurer à titre accessoire la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, en perte d'autonomie ou handicapées.

Elle peut souscrire toute convention d'assurance garantissant ses membres participants et leurs ayants droit à titre obligatoire dans le cadre de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ou à titre facultatif.

La mutuelle peut, conformément aux dispositions de l'article L. 116-2 du Code de la mutualité, recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Elle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut, pour les contrats collectifs qu'elle assure, déléguer de manière totale ou partielle, la gestion des prestations et/ou cotisations selon les principes fixés par l'Assemblée générale.

ARTICLE 3 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'administration précise ou complète les conditions d'application des présents statuts. Tous les membres participants s'engagent à respecter les présents statuts.

Le Conseil d'administration est compétent pour apporter au règlement intérieur des modifications dont il fixe la date d'effet.

Ces modifications seront communiquées à l'Assemblée générale suivante.

ARTICLE 4 – RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le règlement mutualiste adopté par le Conseil d'administration, détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles et définit à ce titre, le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les cotisations et les prestations dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

ARTICLE 5 – 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, tel que le définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

CHAPITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE RÉSILIATION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 6 – ADHÉRENTS

Sont adhérents à La Mutuelle Familiale, des membres participants et des membres honoraires.

ARTICLE 6-1 – MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants sont les personnes physiques de plus de 16 ans qui bénéficient des prestations de la mutuelle, à laquelle ils ont adhéré, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Sont également considérés membres participants, les personnes salariés ou membres d'une personne morale, souscriptrice d'un contrat collectif auprès de la Mutuelle, en vue de les faire bénéficier de garanties. Dans ce cadre, les engagements contractuels qui résultent du contrat collectif sont définis par une notice d'information.

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- son conjoint ou concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité et ses enfants à charge,
- les enfants des membres participants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire dès lors qu'ils relèvent d'une des situations suivantes :
 - o handicapés sur présentation de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
 - o étudiants sur présentation de la carte d'étudiant,
 - o apprentis sous contrat salarié ou relevant d'un contrat salarié de qualification ou d'insertion, sur présentation du contrat,
 - o sans activité vivant sous le toit du membre participant et sur présentation de l'attestation de Pôle Emploi, adressée chaque trimestre.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport aux membres participants qui leur ouvrent des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

ARTICLE 6-2 – MEMBRES HONORAIRES

La Mutuelle peut admettre des membres honoraires conformément à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Les membres honoraires sont soit :

- des personnes physiques
- des personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif et qui en font la demande (leur adhésion est admise par le Conseil d'administration)

qui s'acquittent d'une cotisation fixée dans le règlement mutualiste sans bénéficier des prestations de la mutuelle.

ARTICLE 7 – MODALITÉS D'ADHÉSION

ARTICLE 7-1 – ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'engagement réciproque du membre participant de la mutuelle ou de l'union résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

Avant la conclusion de tout contrat individuel, l'adhérent reçoit un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste complété de ses annexes.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions de l'ensemble de ces dispositions.

ARTICLE 7-2 – ADHÉSION DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF A CARACTÈRE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF

En ce qui concerne les contrats collectifs, la Mutuelle remet avant toute souscription, une proposition de contrat.

Une notice d'information établie par la Mutuelle est également remise au souscripteur, lequel est tenu de la remettre à chaque membre participant bénéficiant du contrat.

ARTICLE 7-2-1 OPERATIONS COLLECTIVES FACULTATIVES

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que de la notice d'information qui l'accompagne.

ARTICLE 7-2-2 OPERATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur et la Mutuelle, et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Les statuts, règlement intérieur, droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que la notice d'information qui l'accompagne s'imposent au membre participant.

ARTICLE 7-2-3 OPERATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE COASSURANCE

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérant au contrat collectif coassuré devient membre participant. Ainsi, la Mutuelle sera amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérant au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

ARTICLE 7-2-4 INTERMÉDIATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES

Lorsque la Mutuelle traite avec un intermédiaire désigné par une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, la Mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

ARTICLE 8 – RÉSERVÉ

SECTION 2 – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 9 – DÉMISSION

La résiliation par un membre participant de la totalité des prestations servies par la Mutuelle, dans les délais et formes prévues au règlement mutualiste ou aux contrats collectifs facultatifs, entraîne de plein droit la démission de la Mutuelle ainsi que la perte de sa qualité d'adhérent.

La démission d'un membre honoraire personne physique, dans les délais et formes prévues au règlement mutualiste, entraîne de plein droit la démission de la Mutuelle ainsi que la perte de sa qualité d'adhérent.

Pour les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, dans les conditions définies au contrat collectif.

ARTICLE 10 – RADIATION

La radiation d'un membre participant est prononcée par la Mutuelle lorsque les conditions d'admission prévues aux présents statuts ne sont plus remplies ou lorsque les garanties ont pris fin dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

La radiation des membres participants est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la mutuelle au souscripteur du contrat.

Sont également radiés, les membres honoraires qui n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de 3 mois suivant l'échéance.

ARTICLE 11 – EXCLUSION

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

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'administration, puis notifiée au membre. Elle prend effet à la date de cette notification.

Le membre exclu peut demander à être reçu par le Conseil d'administration pour contester devant ce dernier la décision prise.

ARTICLE 12 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire.

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, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et ce sans préjudice des stipulations du règlement mutualiste ou du contrat collectif.

La démission ne donne droit à aucun remboursement de cotisations. La radiation n'ouvre droit à remboursement que dans les cas prévus à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, en cas de décès ou de complémentaire santé solidaire (CSS). La fin de l'adhésion entraîne pour l'adhérent et ses ayants-droit la restitution des cartes d'ouverture de droits.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, DÉLÉGUÉS, SECTIONS DE VOTE

ARTICLE 13 – SECTIONS DE VOTE

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote départementales, regroupées par région, conformément à l'organisation régionale de la mutuelle.

Le nombre de délégués par section de vote est défini en fonction du nombre de membres de chaque section à raison d'un barème par tranches d'effectif.

L'étendue, la composition et l'organisation des sections sont fixées par le Conseil d'administration en fonction de la situation géographique, de la nature de l'opération (individuelle ou collective) et de la qualité des membres (honoraires ou participants) de la Mutuelle. Ces sections de vote sont précisées dans le règlement intérieur.

Il est ainsi constitué trois sections de vote : la section des « individuels », la section « collectives » et la section des « membres honoraires ». Trois collèges correspondant aux mêmes critères sont également mis en place.

L'organisation des sections de vote et des collèges ne peut aboutir à ce que les membres participants ou honoraires relèvent de plusieurs sections de vote.

ARTICLE 14 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale est composée de 200 délégués maximum élus parmi les membres participants et honoraires de la mutuelle, représentant chaque section de vote de la mutuelle.

L'Assemblée générale pourra déléguer au Conseil d'administration la répartition du nombre de délégués par sections de votes et ses modifications éventuelles pour tenir compte de l'évolution du nombre de participants, dans la limite de 200 délégués. Le Conseil d'administration rend compte de ses décisions en la matière à l'Assemblée générale.

Pour être candidat à l'élection des délégués, il faut être membre participant ou honoraire de la mutuelle à jour de ses cotisations. Les délégués sont élus pour une durée de six ans.

Les candidats non élus ayant obtenu, dans la section, le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par le nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué d'une section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de la même section venant à l'ordre de suppléance, ci-avant, défini. Le délégué suppléant devient délégué et il achève le mandat de son prédécesseur.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale. Il peut donner ou recevoir procuration dans les limites fixées à l'article 20 des présents statuts.

L'élection des délégués a lieu par correspondance ou par tout autre moyen, notamment par vote électronique, suivant le mode de scrutin uninominal majoritaire à un tour.

ARTICLE 15 – ÉLECTION PARTIELLE

En cas de fusion entre La Mutuelle Familiale et une autre mutuelle, une élection partielle de délégués est organisée pour les adhérents issus de la mutuelle absorbée dans les six mois qui suivent la publication de l'arrêté de fusion.

Le nombre de délégués à élire sera déterminé suivant la règle prévue par [l'article 14 des présents statuts](#) et par le règlement intérieur de La Mutuelle Familiale et fera l'objet d'une délibération du Conseil d'administration constatant le nombre ainsi déterminé.

Le mandat des délégués élus court alors jusqu'à la prochaine élection générale.

ARTICLE 16 – CONVOCATION

L'Assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. 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 de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Elle peut également être convoquée dans les conditions visées à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.

ARTICLE 17 – MODALITÉS DE CONVOCATION

Les délégués sont convoqués par écrit, par le Président du Conseil d'administration au moins 15 jours avant la date de la tenue de l'Assemblée générale, dans les conditions prévues par les articles D. 114-1 et suivants du Code de la mutualité.

La convocation contient nécessairement l'ordre du jour de la réunion.

Lorsqu'une Assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde Assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde Assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

ARTICLE 18 – ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution dans les conditions définies à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité et les faire parvenir par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'administration, au moins cinq jours avant la date de réunion.

ARTICLE 19 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant, à leur révocation. Elle peut également prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles.

L'Assemblée générale statue obligatoirement sur toutes les questions qui lui sont réservées par l'article L. 114-9 du Code de la mutualité, à savoir :

- a) Les modifications des statuts ;
- b) Les activités exercées ;
- c) Le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- d) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
- e) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
- f) L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- g) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- h) L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;
- i) Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- j) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- k) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion ;
- l) Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- m) Le rapport du Conseil 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 du Code de la mutualité.

ARTICLE 20 – MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 20-1 – DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ RENFORCÉE

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts,
- les activités exercées,
- toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession,
- les principes directeurs en matière de réassurance,
- les règles générales en matière d'opérations collectives,
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité,
- la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle dédiée,

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

A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés des délégués présents ou représentés ayant fait usage du vote par procuration.

ARTICLE 20-2 – DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ SIMPLE

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article 20-1 ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total de 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 suffrages exprimés des délégués présents ou représentés ayant fait usage du vote par procuration.

ARTICLE 20-3 – PROCURATION

Conformément à la loi n° 2008-776 du 4 août 2008, les délégués ne pouvant être présents à l'Assemblée générale peuvent donner mandat à un autre délégué pour voter en leur nom les délibérations figurant à l'ordre du jour et toutes autres délibérations qui seraient proposées au cours de l'Assemblée générale conformément aux règles légales. Un délégué à l'Assemblée générale ne peut être porteur de plus de trois procurations, soit un nombre total de quatre mandats en comptant le sien.

ARTICLE 21 – 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 aux dispositions du Code de la mutualité.

ARTICLE 22 – RÉSERVÉ

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 23 – COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus à bulletin secret par les délégués à l'Assemblée générale.

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

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

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est de vingt-sept (27) administrateurs maximum. Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il ne peut être inférieur à dix (10).

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

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

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

ARTICLE 24 – CANDIDATURES - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

ARTICLE 24-1 – PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

La déclaration de candidature au poste d'administrateur est individuelle. Elle doit être adressée, sous la forme d'une lettre de motivation, au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, reçue soixante jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale, ou déposée contre récépissé audit siège dans le même délai.

Un dossier de candidature lui sera adressé qui devra être retourné dûment complété, accompagné d'un résumé de carrière professionnelle ainsi que de la liste des mandats électifs détenus dans d'autres structures mutualistes, au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception trente jours francs au moins avant la date de l'Assemblée ou déposée contre récépissé audit siège, dans le même délai.

Le bureau actera de la recevabilité réglementaire des candidatures.

Il est créé un comité de candidatures composé de l'ensemble des membres du bureau.

Ce comité est chargé de déterminer le nombre d'administrateurs femmes et le nombre d'administrateurs hommes requis conformément à l'article L. 114-16-1 du code de la mutualité.

Il est chargé de veiller au respect des conditions d'éligibilité des candidats. De façon générale, il est chargé de susciter des candidatures si besoin.

ARTICLE 24-2 – CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Est éligible au Conseil d'administration, tout membre de la Mutuelle, dès lors :

- qu'il est à jour de ses cotisations,
- qu'il est âgé de 18 ans révolus,
- qu'il n'a fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- qu'il n'a pas été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

En outre, tout candidat au poste d'administrateur devra prendre connaissance des engagements de la charte de l'administrateur approuvée par l'Assemblée générale. Le candidat devra avoir manifesté son approbation à respecter la charte s'il est élu en la retournant signée dans son dossier de candidature.

ARTICLE 25 – ÉLECTION

ARTICLE 25-1 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Conformément aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'Assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 25-2 - DURÉE DU MANDAT

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans ; ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans. Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat à l'issue de l'Assemblée générale qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.

ARTICLE 25-3 – DÉMISSION

Les administrateurs sont constatés démissionnaires d'office par le Conseil d'administration :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils ont atteints la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 23 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul des mandats (ils présentent alors leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article),
- trois 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,
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

ARTICLE 25-4 - RÉVOCATION

Les administrateurs peuvent être révoqués par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives du Conseil d'administration.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'Assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du Conseil d'administration.

ARTICLE 26 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par tiers tous les deux ans.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 27 – VACANCE

En cas d'une ou plusieurs vacances d'administrateurs en cours de mandat, liées à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, il est (pour le nombre minimum légal requis d'administrateurs) ou peut être procédé (dans les autres cas) à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale.

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.

SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 28 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, et au moins trois (3) fois par an. Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil.

Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du Conseil d'administration.

ARTICLE 29 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'administration. Ils sont élus par le comité social et économique.

A compter du 1er janvier 2022, deux représentants des salariés, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration. Ils sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité. Leur mandat est d'une durée de 6 ans.

Ils sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les administrateurs.

ARTICLE 30 – DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les administrateurs ne peuvent ni voter par procuration ni se faire représenter.

Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés mentionnés à l'article 29 qui participent à la réunion du conseil par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

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

Les administrateurs et les représentants des salariés de la mutuelle ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants.

ARTICLE 31 – RÉSERVÉ

SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 32 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Il dispose pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel, mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la mutualité.

Il adopte et modifie le règlement mutualiste, les montants ou taux des cotisations et les prestations des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'administration se détermine sur le choix des opérateurs pouvant réassurer tout ou partie des engagements souscrits auprès de la mutuelle et le cas échéant, peut donner son accord sur la réassurance auprès d'un organisme non régi par le Code de la mutualité.

A la clôture de chaque exercice, conformément à la réglementation en vigueur, le Conseil d'administration arrête les comptes annuels, établit les différents rapports réglementaires.

Il établit chaque année un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi et en particulier, celles reprises sous l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration peut créer en son sein, et s'il y a lieu, avec des membres non administrateurs et des personnalités compétentes extérieures, des comités et commissions spécialisées dont il fixe la composition et les attributions.

ARTICLE 33 – DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

Conformément à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité, pour les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration peut déléguer ses pouvoirs, en tout ou partie, de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Président du Conseil d'administration ou au dirigeant opérationnel de la mutuelle. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Le Conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes.

SECTION 4 – STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 34 – INDEMNISATION

Conformément aux articles L. 114-4, 7° et L. 221-14 du code de la mutualité, le dirigeant opérationnel se voit déléguer des pouvoirs d'administration par le Conseil d'administration.

ARTICLE 35 – REMBOURSEMENT DE FRAIS

La mutuelle rembourse sur justificatif aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour liés à l'exercice de leurs fonctions dans les limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, tel que prévu à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ARTICLE 36 – INTERDICTION

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou tous avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. Un ancien salarié ne peut être administrateur de la mutuelle pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

ARTICLE 37 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou tous avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au dirigeant opérationnel. Un ancien salarié ne peut être administrateur de la mutuelle pendant une durée de trois (3) ans à compter de la fin de son contrat de travail. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un (1) délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux présents statuts

CHAPITRE III – PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 38 – ÉLECTION DU PRÉSIDENT

Conformément à l'article L. 114-18 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration élit parmi ses membres, un Président qui a la qualité de personne physique, pour une durée de deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement total ou partiel du Conseil d'administration. Il est rééligible. Le Conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

ARTICLE 39 – VACANCE DÉFINITIVE DU PRÉSIDENT

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité de membre participant ou honoraire du Président ou de révocation, 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.

ARTICLE 40 – RÉSERVÉ

ARTICLE 41 – MISSIONS DU PRÉSIDENT

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe le cas échéant le Conseil d'administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

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

Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il en rendra compte dans chaque cas au Conseil d'administration suivant.

Le président exerce la direction effective de la mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier au dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION 2 – ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU ET ATTRIBUTIONS DES ADMINISTRATEURS MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 42 – ÉLECTION DU BUREAU

Il est constitué au sein du Conseil d'administration un bureau de 4 à 8 membres maximum, comprenant notamment le Président, un Vice-président et des administrateurs.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au bureau.

Les membres du bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour deux ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement total ou partiel du Conseil d'administration.

En cas de vacance, le Conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace. Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.

Le bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'administration, selon ce qu'exige la bonne marche de la mutuelle. Il étudie notamment, les questions politiques et institutionnelles pour la Mutuelle.

ARTICLE 43 – LE VICE-PRÉSIDENT

Le Vice-président seconde le Président. En cas d'empêchement de celui-ci, le Vice-président le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions. En cas de vacance de la fonction de Président, les prérogatives du Vice-président sont telles que définies par l'[article 39 des présents statuts](#).

ARTICLE 44 – MISSIONS ET ROLE DU BUREAU

Afin de renforcer la dimension mouvement social de la Mutuelle, le bureau est investi d'une réflexion politique pour accompagner la stratégie, les politiques et les objectifs fixés par le Conseil d'administration, les prises de positions, coordonner les expressions et les actions.

Les membres du bureau s'organisent pour remplir les missions suivantes :

- la veille sur les valeurs et l'éthique, sur les évolutions de la protection sociale, sur les innovations technologiques ayant une influence sur la santé et nos missions et sur l'environnement ;
- l'animation institutionnelle du mouvement (AG, délégués, CAR, CA) et la communication qui l'accompagne ;
- les relations externes avec le mouvement associatif, syndical, mutualiste ou plus généralement de l'ESS ;
- la coordination politique de nos représentants dans les instances mutualistes ;
- développer et animer la politique de complémentaire de vie, de prévention, de formation continue des administrateurs et des délégués.

Toute question touchant à l'objet de la mutuelle et ayant pour finalité la défense des intérêts des adhérents.

CHAPITRE IV – AUTRES MANDATAIRES

ARTICLE 45 – STATUT DE MANDATAIRE MUTUALISTE

Le mandataire mutualiste est une personne physique qui apporte à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné par le Conseil d'administration.

Les statuts d'administrateur et de mandataire mutualiste ne peuvent pas être cumulés.

Les mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, reçoivent un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour sont remboursés dans les mêmes conditions que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE V – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 46 – RÉGIONS

Les membres participants et honoraires de la mutuelle sont regroupés par région, selon des modalités de fonctionnement précisées dans le règlement intérieur, afin d'organiser et de développer l'action mutualiste de proximité.

Cette organisation évoluera dans les conditions définies à l'[article 13 des présents statuts](#).

Ces régions organisées sont créées par décision du Conseil d'administration ; toute modification fera l'objet d'une information à l'Assemblée générale suivante. Elles sont animées par des comités d'animation mutualistes composés de membres volontaires pris parmi les membres participants et honoraires et ratifiés par le Conseil d'administration de la mutuelle.

Ces comités sont présidés par le Président du Conseil d'administration de la mutuelle ou la personne qu'il délègue à cet effet.

ARTICLE 47 – ENTREPRISES

Les membres participants et honoraires de la mutuelle appartenant à une même entreprise peuvent être regroupés en comités d'animation mutualiste afin d'organiser et de développer l'action mutualiste; ceux-ci sont créés par décision du Conseil d'administration; toute modification fera l'objet d'une information à l'Assemblée générale suivante.

Chaque comité est animé par un collectif composé de membres participants et honoraires volontaires de l'entreprise ratifiés par le Conseil d'administration de la mutuelle. Ces comités sont présidés par le Président du Conseil d'administration de la mutuelle ou la personne qu'il délègue à cet effet.

ARTICLE 48 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES COMITÉS D'ANIMATION MUTUALISTE (RÉGIONS ET ENTREPRISES)

En application des [articles 46 et 47 des présents statuts](#), un règlement interne du comité, approuvé par le Conseil d'administration sur proposition du comité d'animation mutualiste, précise l'objet, les prérogatives, l'administration, le fonctionnement et les moyens des comités.

CHAPITRE VI – ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – RECETTES ET DÉPENSES

ARTICLE 49 – RECETTES

Les recettes de la mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants et honoraires,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,

plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 50 – DÉPENSES

Les dépenses comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations, au Système Fédéral de Garantie,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités d'animation régionale,
- les aides et secours exceptionnels à nature sociale,
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

SECTION 2 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 51 – RAPPORT SUR LA GESTION

Un rapport sur la gestion est établi par le Conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le rapport de gestion inclut les informations visées à l'article L. 212-6 du Code de mutualité.

Ce rapport est soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

Ce rapport est communiqué aux commissaires aux comptes, ainsi qu'à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 52 – SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE

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

SECTION 3 – DISPOSITIF DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 53 – COMITÉ D'AUDIT

Un comité d'audit est chargé, sous la responsabilité exclusive et collective des membres du Conseil d'administration, d'assurer notamment le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Il remplit sa mission en veillant :

- à l'existence d'une gestion des risques,
- à l'efficacité du système de contrôle interne,
- à la qualité de l'information financière et opérationnelle.

Il est composé de 3 à 5 membres dont éventuellement une personne extérieure qui présente des compétences particulières en matière financière ou comptable ou dans d'autres matières utiles au comité d'audit pour remplir ses missions et obligations. Ses modalités de fonctionnement sont précisées dans la charte du comité d'audit.

ARTICLE 54 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

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

Le commissaire aux comptes est nommé pour six ans et convoqué à toutes les Assemblées générales.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du comité d'audit et du Conseil d'administration, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses missions telles que prévues par la loi et en particulier les articles L. 114-38 à L. 114-40 du Code de la mutualité.

Il présente son rapport annuel à l'Assemblée générale ainsi que ses rapports spéciaux.

SECTION 4 – FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 55 – MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 1 639 312 euros conformément aux dispositions de l'article R. 212-1 du décret n° 2002-720 du 2 mai 2002.

TITRE III – INFORMATION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE

ARTICLE 56 – INFORMATION AUX ADHÉRENTS

Dans le cadre des opérations individuelles, toute modification est portée à la connaissance de l'adhérent par voie de notification. Dans le cadre des opérations collectives, toute modification de ces documents est constatée par un avenant signé des parties, sauf, si la modification intervient en application du III, de l'article L. 221-5 du Code de la mutualité.

Lorsque ces modifications portent sur les droits et obligations des membres, une nouvelle notice d'information est remise.

Tous les membres participants ou honoraires recevront toute publication mutualiste décidée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 57 – RÉSERVÉ

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 58 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

La dissolution volontaire de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale, conformément aux [articles 19 et 20 des statuts](#). Elle respecte la procédure définie à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité.

La dévolution de l'excédent d'actif net sur le passif est réalisée lors de la réunion de dissolution dans les mêmes conditions et formes.

Le ou les attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la mutualité, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 59 – MISE A DISPOSITION DES STATUTS

Les présents statuts sont disponibles sur le site internet www.mutuelle-familiale.fr. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Mise à jour approuvée par le Conseil d'Administration du 29 novembre 2022

Table des matières

Préambule.....	2
ARTICLE 1 – RÔLE, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D’ADMINISTRATION	2
ARTICLE 2 – PRÉSIDENT ET BUREAU	3
ARTICLE 2-1 – MISSIONS DU PRÉSIDENT	3
ARTICLE 2-2 RÔLE, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU BUREAU	3
ARTICLE 3 – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE, SECTIONS DE VOTE ET ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS	3
ARTICLE 3-1 ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE	3
ARTICLE 3-2 SECTIONS DE VOTE	3
ARTICLE 3-3 ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS	3
ARTICLE 4 – AIDE SOCIALE	4

Préambule

Conformément aux dispositions de l’article 3 des statuts, La Mutuelle Familiale dispose d’un règlement intérieur qui a pour vocation de préciser les conditions d’application d’un certain nombre de règles statutaires.

ARTICLE 1 – RÔLE, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

En complément de l’article 30 des statuts intitulé « Délibérations du Conseil d’administration »

Les administrateurs peuvent participer à une réunion de Conseil d’administration en recourant à la visioconférence ou à la télécommunication sous réserve que ces moyens permettent l’identification des membres et garantissent leur participation effective. Lesdits moyens doivent transmettre au moins le son de la voix des participants et satisfaire à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

En complément de l’article 32 des statuts

Le Conseil d’administration a pour rôle de mettre en œuvre les orientations définies par l’Assemblée générale, sur le plan politique et financier, et plus généralement d’impulser le développement de la mutuelle, dans l’esprit et les objectifs du projet d’entreprise mutualiste et du mouvement social.

Au regard de cette responsabilité, la fonction d’administrateur appelle une participation assidue aux réunions du Conseil d’administration.

Les rôles et devoirs du Conseil d’administration sont rappelés dans la Politique écrite de la Gouvernance.

La fréquence et les dates de réunions sont fixées lors de la première réunion qui suit l’Assemblée générale au cours de laquelle est élu le tiers sortant du Conseil d’administration.

Le Conseil d’administration délibère notamment sur :

- le budget prévisionnel,
- les orientations politiques générales accompagnant ce budget prévisionnel : mutualisation, investissements, communication, politique salariale et d’emploi,
- la définition et l’application des règles du contrôle interne,
- la politique de placements,
- le suivi des indicateurs de gestion : trésorerie, démographie, résultats techniques,
- les règlements internes des comités et un rendu annuel de l’activité des pôles régionaux,
- l’organisation de l’élection des délégués à l’Assemblée générale (tous les six ans),
- l’arrêté des comptes annuels, le rapport d’activité, le rapport de gestion, le rapport sur les placements,
- le rapport sur les opérations d’intermédiation et de délégation de gestion - (articles L. 116.1 à L. 116.3 du Code de la mutualité),
- les évolutions de l’offre mutualiste, prestations et services.

Le Conseil d’administration délibère sur toutes les Politiques écrites et notamment sur :

- la gestion des risques,
- le contrôle interne,
- l’audit interne,
- la sous-traitance,
- la réassurance,
- la souscription, la tarification et le provisionnement des risques couverts,
- l’investissement,
- la gouvernance.

Afin de préparer les décisions à prendre, le Conseil d’administration se dote :

- d’un Comité d’audit,

- d'un Comité des placements,
- d'un Comité de développement,
- d'une Commission de gestion des risques.

Ces comités sont pourvus d'une charte adoptée par le Conseil d'administration.

Des commissions de travail permanentes ou ponctuelles peuvent être mises en place par le Conseil d'administration pour traiter des politiques d'aide sociale, de prévention, de communication, de formation, de coordination Livre III, ...

ARTICLE 2 – PRÉSIDENT ET BUREAU

En complément du chapitre III des statuts

ARTICLE 2-1 – MISSIONS DU PRÉSIDENT

En complément de l'article 41 des statuts, de l'article L. 114-18 du code de la Mutualité et en conformité avec la Politique écrite de Gouvernance.

Il est précisé que :

- le Président est le représentant de la Mutuelle,
- il conduit les débats des instances de la mutuelle et les processus de décision,
- il porte vers l'extérieur l'expression politique de la mutuelle,
- il est le garant, en interne comme vers l'extérieur, du respect des orientations, proposées par le Conseil d'administration votées, en Assemblée générale.

Un compte-rendu de ses actes d'administration est produit au Conseil d'administration.

ARTICLE 2-2 RÔLE, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU BUREAU

En complément de l'article 42 et 44 des statuts

Le bureau est composé d'administrateurs disposant de missions spécifiques.

La fréquence des réunions est mensuelle mais il peut se réunir autant que de besoin.

Il contribue à la gestion des affaires courantes pour lesquelles le Président le sollicite.

ARTICLE 3 – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE, SECTIONS DE VOTE ET ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

En complément des articles 13, 14 et 46 des statuts

ARTICLE 3-1 ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

Dans toute la mesure du possible, La Mutuelle Familiale crée un Comité d'animation régional (CAR) autour des régions organisées suivantes (organisation territoriale) :

1. Bretagne constituée des départements Côtes-d'Armor (22), Finistère (29), Ille-et-Vilaine (35) et Morbihan (56)
2. Champagne-Ardenne constituée des départements Ardennes (08), Aube (10), Marne (51) et Haute-Marne (52)
3. Franche-Comté constituée des départements Doubs (25), Jura (39), Haute-Saône (70) et Territoire de Belfort (90)
4. Ile de France – Paris constituée du département Paris (75)
5. Ile de France – Seine-et-Marne constituée du département Seine-et-Marne (77)
6. Ile de France – Yvelines constituée du département Yvelines (78)
7. Ile de France – Essonne constituée du département Essonne (91)
8. Ile de France – Hauts-de-Seine constituée du département Hauts-de-Seine (92)
9. Ile de France – Seine-Saint-Denis constituée du département Seine-Saint-Denis (93)
10. Ile de France – Val-de-Marne constituée du département Val-de-Marne (94)
11. Ile de France – Val d'Oise constituée du département du Val d'Oise (95)
12. Languedoc-Roussillon constituée des départements Aude (11), Gard (30), Hérault (34), Lozère (48) et Pyrénées-Orientales (66)
13. Lorraine constituée des départements Meurthe-et-Moselle (54), Meuse (55), Moselle (57) et Vosges (88)
14. Normandie constituée des départements Calvados (14), Eure (27), Manche (50), Orne (61) et Seine-Maritime (76)
15. Picardie constituée des départements Aisne (02), Oise (60) et Somme (80)
16. Provence-Alpes-Côte d'Azur constituée des départements Alpes-de-Haute-Provence (04), Hautes-Alpes (05), Alpes-Maritimes (06), Bouches-du-Rhône (13), Var (83) et Vaucluse (84)

ARTICLE 3-2 SECTIONS DE VOTE

La Mutuelle Familiale est composée de 19 sections de vote départementales regroupées par région :

- une section de vote pour chacune des régions organisées susmentionnées de La Mutuelle Familiale ;
- une section de vote « Autres départements » pour les adhérents hors régions organisées de La Mutuelle Familiale ;
- une section de vote « Collectifs » pour les adhérents en contrat groupe obligatoire ;
- une section de vote « Membres honoraires ».

ARTICLE 3-3 ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Conformément à l'article 13 des statuts, le nombre de délégués par section de vote est défini en fonction du nombre de membres de chaque section à raison d'un barème par tranche d'effectif. Chaque section de vote élit un délégué pour 750 membres.

Le nombre des délégués pour l'ensemble des sections de votes ne saurait excéder 200. Si ce seuil venait à être dépassé à raison du barème par tranche d'effectif, les candidats non élus ayant obtenu, dans la section, le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par le nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Pour les sections de vote constituées de plusieurs départements :

- le nombre de délégués est réparti par département et est déterminé au prorata du nombre d'adhérents sur l'ensemble de la section de vote,
- en cas de carence de candidatures au sein d'un département, les postes à pourvoir sont transférés au niveau de la section de vote.

Préalablement à l'élection de leurs délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle, les membres participants et honoraires sont informés de la possibilité d'être candidats.

Les délégués sortants sont rééligibles.

ARTICLE 4 – AIDE SOCIALE

En complément de l'article 2 des statuts et de l'article 1 du règlement intérieur

La Commission d'aide sociale a été mise en place par le Conseil d'administration.

Le budget de la Commission d'aide sociale est voté chaque année en Assemblée générale et réparti en fonction du nombre de bénéficiaires par région.

Des secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants dans les conditions définies ci-après.

Pour garantir l'équité entre tous les adhérents de La Mutuelle Familiale, des règles de fonctionnement ont été définies par le Conseil d'administration.

Champ d'intervention :

La Commission d'aide sociale intervient sur les dépenses de santé, les dépenses d'appareillage pour le handicap, et les dépenses d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, dans le cadre du maintien à domicile ou de situation d'handicap. Elle intervient également pour l'activité physique sur prescription médicale en cas d'Affection Longue Durée (ALD) dans le cadre du dispositif « Sport sur ordonnance » (Art. L. 1172-1 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2015 de modernisation de notre système de santé, décret du 30 décembre 2016 paru au Journal Officiel le 31 décembre 2016) et pour des séjours de répit pour les aidants de proches en maladie chronique ou pour l'hébergement en accueil temporaire des proches malades pour le répit de l'aidant.

Conditions d'admissibilité de la demande :

Les demandes doivent concerner des besoins ponctuels relatifs à des soins non permanents. Elles sont limitées à une demande par an.

L'adhérent doit avoir un an d'ancienneté, être régulièrement inscrit dans les effectifs de la Mutuelle au jour de la demande comme au moment de la perception de l'aide sociale, et être à jour de ses cotisations.

Documents exigés pour l'examen du dossier :

L'adhérent faisant une demande adresse à la Commission d'aide sociale une lettre motivant la demande à laquelle seront joints les documents suivants :

- copie du dernier avis d'imposition
- copie de tout justificatif des revenus actuels si différents de l'avis d'imposition (décompte de la Sécurité sociale pour indemnités journalières, notification de pôle Emploi, pension, allocations...)
- une facture acquittée ou un devis pour lequel l'aide est demandée
- ainsi qu'une copie de la demande d'aide préalablement adressée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou leur réponse à cette demande.

Suites données aux dossiers :

Lorsqu'il est fait droit à la demande de l'adhérent, la Commission d'aide sociale accorde son soutien financier sur la base d'une facture acquittée et procède à la mise en paiement. Dans ce cadre, toute facture sur devis devra préalablement avoir été acquittée par l'adhérent et la facture définitive, transmise par celui-ci, être identique, au devis pour la mise en paiement.

Une information est adressée à l'adhérent par la Commission d'aide Sociale en ce qui concerne le suivi et les suites données à sa demande.

Tout secours non réclamé dans un délai maximal de 2 ans à compter de sa demande sera considéré comme caduc et non avenu.

Fonctionnement de la commission d'aide sociale :

Les réunions de la Commission sont mensuelles sauf période estivale. Une fiche de synthèse est établie pour chaque dossier et envoyée en amont de la réunion de la Commission à ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents à la réunion de la Commission.

Des dérogations aux champs d'intervention définis, aux conditions d'admissibilité et au montant maximal, sont autorisées de manière exceptionnelle en fonction des autres informations du dossier étudié et doivent être validées par la Présidente de la Commission.

Constitution de la Commission d'aide sociale :

La Commission est composée d'un(e) président(e), d'un titulaire et d'un suppléant par région représentée par un Comité d'animation, d'un titulaire et d'un suppléant du régime minier.

Montant maximal des aides accordées et dérogations :

Les aides accordées par la Commission d'aide sociale ne peuvent excéder 2 000 euros.

Gestion de la Commission d'aide sociale :

La Commission établit, à l'issue de chaque réunion, un compte rendu d'activité et fait un retour d'information au président de chaque Comité d'animation régional sur les aides accordées dans la région concernée.

Un rapport annuel d'activité est produit par la Commission et présenté à l'Assemblée générale de la Mutuelle.



CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE
VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF N°FIC20SAN0082
MUTUELLE FAMILIALE

La **MUTUELLE FAMILIALE**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistrée sous le n° SIREN 784 442 915, dont le siège social se situe au 52, rue de Hauteville – 75487 PARIS CEDEX 10, a souscrit le contrat collectif n° **FIC20SAN0082**, au profit de ses Adhérents ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire santé à titre individuel et auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité elles que prévues ci-dessous.

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

A. CADRE DES GARANTIES

1. Comment contacter FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 77 40 85 35 (depuis la France) +33 9 77 40 85 35 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

2. Qui peut bénéficier des garanties ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

3. Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

4. Quelle est la période des garanties ?

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat complémentaire de santé à adhésion individuelle de la **MUTUELLE FAMILIALE**, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de **FILASSISTANCE** cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat complémentaire de santé de la **MUTUELLE FAMILIALE** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n°**FIC20SAN0082** ;
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. GÉNÉRALITÉS

1. Définitions

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

Adhérent : Toute personne physique, adhérent au Contrat d'assistance n° **FIC20SAN0082** et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

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

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

Atteinte corporelle : Blessure ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

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

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

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

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n°**FIC20SAN0082**.

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

Equipe médicale: Médecins de **FILASSISTANCE**.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**, et notamment la Maladie, la Maladie redoutée, l'Accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine, les Principautés de Monaco et Andorre et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

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

Hospitalisation imprévue : tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une Atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue **dans les 7 jours** avant son déclenchement.

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

Immobilisation imprévue : L'Immobilisation consécutive soit à un acte/traitement médical délivrée par une Autorité médicale qui n'a pas été planifié **dans les 48 heures** précédant sa délivrance, soit à un Accident.

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

Maladies redoutées : Accident vasculaire cérébral invalidant, cancer, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines

polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation sera laissée à la charge des médecins de **FILASSISTANCE**.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est **inférieure à 5 heures**, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{re} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France ou dans les Principautés de Monaco ou d'Andorre Zone couvrant la France métropolitaine et les Principautés de Monaco ou d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le domicile de l'Adhérent.

2. Mise en œuvre des prestations

2.1. Délivrance des prestations

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant **09 77 40 85 35**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **FIC20SAN0082**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

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

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

2.2. Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2.3. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, **FILASSISTANCE** peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

2.3.1. Conditions préalables au versement de l'avance par **FILASSISTANCE**

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

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à **FILASSISTANCE** un chèque certifié ou un chèque de banque.

2.3.2. Délai de remboursement de l'avance par **FILASSISTANCE**

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

2.3.3. Sanctions

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

2.4. Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.5. Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation**

inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

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

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). **De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

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

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

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

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

C. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. Garanties d'assistance accessibles dès l'adhésion

1.1. Informations médicales

Dans le respect du rôle du médecin traitant et à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone,

l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** apporte aide et informations dans les domaines suivants :

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques ;
- Informations et prévention en matière de voyages, de vaccinations, hygiène et d'alimentation ;
- Enfants : attitudes préventives et informations sur la santé.

1.2. Informations vie pratique et juridique

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, succession, fiscalité, famille, famille, dépendance, vacances à l'étranger).

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

FILASSISTANCE apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu de survenance de l'Accident ou de la Maladie.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

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

1.4. Transport aux rendez-vous médicaux

FILASSISTANCE organise, sur prescription médicale et avec l'accord du médecin de **FILASSISTANCE**, le transport du Bénéficiaire, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, au lieu du rendez-vous médical.

Les frais de transport sont à la charge du Bénéficiaire.

1.5. Transmission des messages

En cas de besoin, **FILASSISTANCE** se charge de transmettre les messages urgents aux proches du Bénéficiaire.

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

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

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire.

1.6. Services d'assistance à la carte

Ces services sont accessibles à tout moment.

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

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

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

2. Garanties d'assistance accessibles en cas d'Hospitalisation supérieure à 48 heures ou d'Immobilisation supérieure à 5 jours de l'Adhérent ou de son Conjoint

2.1. Services de proximité

Les prestations ci-dessous doivent être mises en place sur les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.

2.1.1. Livraison de médicaments

Lorsque ni l'Adhérent ou son Conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, **FILASSISTANCE** se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du Domicile de l'Adhérent et de les livrer.

La prise en charge est limitée à une livraison par Evènement.

Le coût des médicaments est à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

2.1.2. Portage de repas

Lorsque l'Adhérent ou son Conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, **FILASSISTANCE** prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour **7 jours maximum consécutifs**.

La solution de portage de repas permet à l'Adhérent ou à son Conjoint, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le coût des repas est à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

2.1.3. Portage d'espèces

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport (1 aller-retour) par Evènement

de l'Adhérent ou son Conjoint dans un établissement bancaire le plus proche de son Domicile ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € TTC par Evènement, lorsque ni l'Adhérent ni son Conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

L'avance est versée par FILASSISTANCE et remboursée par l'Adhérent ou son Conjoint conformément au paragraphe B.2.3.

2.1.4. Livraison de courses

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison de courses **une fois par semaine** lorsque ni l'Adhérent, ni son Conjoint, ni l'un de leurs proches n'est en mesure de faire les courses.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison par taxi.

Le coût des courses est à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

2.1.5. Coiffure à domicile

Lorsque l'Adhérent ou son Conjoint, a besoin de soins de coiffure, FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement d'un coiffeur au Domicile.

La prise en charge est limitée à un seul déplacement par Evènement et le prix de la prestation du coiffeur est à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

2.2. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel

à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

2.3. Présence d'un proche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 92 € TTC par nuit.

Cette prestation doit être mise œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.

2.4. Prise en charge des Animaux de compagnie

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires), pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation, la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde de ces animaux ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Evènement.

2.5. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint

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

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation ;**
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

2.6. Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint

FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.

2.7. Garde ou transfert des ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint

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

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation ;**
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

3. Garantie d'assistance accessible en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint

3.1. Téléassistance

FILASSISTANCE proposera à l'Adhérent ou à son Conjoint **âgé de 75 ans et plus ayant été hospitalisé ou immobilisé à Domicile**, la mise à disposition d'un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) pour sécuriser sa convalescence pour une durée **de 3 mois par Evènement à compter de son retour au Domicile ou du début de son Immobilisation.**

Au-delà de 3 mois, l'Adhérent ou son Conjoint aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

Le service de téléassistance permet en cas de chute ou de malaise à la maison d'avertir une personne de confiance proche choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint (un tiers de proximité) qui se rendra au Domicile ou, le cas échéant, d'alerter les services de secours d'urgence.

D'un simple geste, en appuyant sur son bouton émetteur, l'Adhérent ou son Conjoint peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Ecoute et Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée ;
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence **(sans prise en charge).**

4. Garanties d'assistance accessibles en cas de séjour en maternité supérieur à 8 jours de l'Adhérent ou de son Conjoint

4.1. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/ de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant le début de séjour en maternité ou à compter de la date de retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

4.2. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint

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

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un **Titre de transport** ;

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

4.3. Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'adhérent ou de son conjoint

FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité.

5. Garanties d'assistance accessibles en cas d'Hospitalisation imprévue ou d'Immobilisation imprévue supérieures à 24 heures de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint

5.1. Présence d'un proche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

La garantie 5.1 « PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET » n'est pas cumulable avec la garantie 5.2 « GARDE DES ENFANTS ».

Cette prestation doit être mise œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.

5.2. Garde des enfants

Si personne ne peut s'occuper des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde à Domicile.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.

La garantie 5.2 « GARDE DES ENFANTS » n'est pas cumulable avec la garantie 5.1 « PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET ».

6. Garantie d'assistance accessible en cas d'Immobilisation supérieure à 14 jours de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint

6.1. Ecole à domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du 1^{er} jour d'Immobilisation de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint, le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au Domicile de l'Adhérent, du lundi au vendredi, à raison de 3 heures maximum par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette prestation s'applique pendant la période d'Immobilisation et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette Maladie/Accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son Immobilisation.

7. Garanties d'assistance accessibles en cas de décès d'un Bénéficiaire

7.1. Informations sur l'organisation des obsèques

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvements d'organes,
- don du corps,
- constatation de décès,
- déclaration de décès,
- chambres funéraires,
- transports funéraires,
- services de pompes funèbres,
- inhumation,
- crémation,
- informations tarifaires liées aux obsèques,
- problèmes financiers en lien avec les obsèques (devis estimatifs, droits en fonction des assurances contractées).

7.2. Avance de fonds

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'obsèques, **FILASSISTANCE** peut accorder une avance à ces proches contre remise d'un chèque certifié ou de banque.

Le montant de l'avance sera déterminé par **FILASSISTANCE** selon la situation financière du Bénéficiaire.

Le montant de cette avance n'a pas pour vocation de couvrir l'ensemble des frais d'obsèques.

L'avance est versée par **FILASSISTANCE** et remboursée par les proches conformément au paragraphe B.2.3.

7.3. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition de la famille du Bénéficiaire décédé une Aide à domicile.

Un certificat de décès devra être adressé à **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de la situation de famille du Bénéficiaire décédé, par le service médical de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant la date de décès du Bénéficiaire.

7.4. Prise en charge des Animaux de compagnie

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires), la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde de ces animaux ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Evènement.

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire.

7.5. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge du Bénéficiaire

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du Bénéficiaire:

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs ;**
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire.

7.6. Conduite à l'école des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge du Bénéficiaire

FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des enfants du Bénéficiaire à l'école et leur retour au Domicile du Bénéficiaire.

La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement réparties sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs.

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire.

7.7. Garde ou transfert des ascendants du Bénéficiaire

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du Bénéficiaire:

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant l'Evènement ;**
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire.

8. Garantie d'assistance accessible en cas de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'Adhérent ou de son Conjoint

8.1. Aide à domicile

Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié de la garantie 9.1 « Aide à domicile » si la Maladie redoutée est la même que la Maladie entraînant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent ou de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile à hauteur de 20 heures maximum par semestre à raison de 4 heures maximum par semaine.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie décrite à l'article 9.1. « Aide à domicile ».

9. Garanties d'assistance accessibles lors de la survenance d'une Maladie redoutée de l'Adhérent ou de son Conjoint

9.1. Aide à domicile

Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié

de la garantie 8.1 « Aide à domicile » pour la Maladie redoutée en cause.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans la condition suivante :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, le certificat médical attestant la survenance de la Maladie redoutée ou un bulletin d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge 20 heures maximum par année civile réparties sur les 2 mois consécutifs qui suivent la date du diagnostic de la Maladie redoutée.

9.2. Information relative à la Maladie redoutée

L'équipe médicale de **FILASSISTANCE** répond à toute question concernant une Maladie redoutée, notamment dans les domaines suivants :

- Traitements et conséquences,
- Evolution de la maladie,
- Risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec le médecin de **FILASSISTANCE**.

9.3. Accompagnement au diagnostic

L'équipe médicale de **FILASSISTANCE** accompagne l'Adhérent ou son Conjoint dans la compréhension de la Maladie redoutée et son stade évolutif, sur les impacts sur son mode de vie, les possibilités thérapeutiques et sur la gravité ou l'incertitude du diagnostic.

Cette garantie est limitée à 2 entretiens téléphoniques par année civile avec le médecin de **FILASSISTANCE**.

9.4. Aide à l'annonce du diagnostic aux proches

Les psychologues de **FILASSISTANCE** peuvent aborder avec l'Adhérent ou son Conjoint les questions à se poser portant sur l'appréhension pour l'annonce du diagnostic aux proches et envisager les moyens les plus adaptés pour le faire.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les psychologues de FILASSISTANCE.

9.5. Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail supérieur à 6 mois consécutifs

Les assistantes sociales de **FILASSISTANCE** réalisent un bilan de situation du foyer et peuvent orienter et assister l'Adhérent ou son Conjoint dans les démarches auprès des organismes concernés.

FILASSISTANCE l'aide à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière et sociale. Si besoin, une mise en relation avec les services sociaux locaux peut être réalisée par **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les assistantes sociales de FILASSISTANCE.

9.6. Accompagnement de fin de vie de l'Adhérent ou de son Conjoint

L'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** réalise un accompagnement personnalisé en tenant compte de la situation physique et sociale de l'Adhérent ou de son Conjoint :

- Informations sur les soins palliatifs
- Maintien à domicile : organisation des prestations à domicile
- Renseignements sur les dispositifs réglementaires : aides financières possibles, formalités à accomplir, congés spécifiques pour les aidants etc.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les psychologues de de FILASSISTANCE.

9.7. Organisation et démarches en fin de vie de l'Adhérent ou de son Conjoint

FILASSISTANCE apporte des informations à l'Adhérent ou à son Conjoint concernant les démarches et formalités à accomplir : informer les proches de l'existence d'un contrat d'assurance décès, ses dernières volontés, l'existence d'un testament etc.

Cette garantie est limitée à 1 entretien téléphonique par année civile.

9.8. Accompagnement budgétaire et social

L'Adhérent ou son Conjoint peut contacter **FILASSISTANCE** pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE**,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les assistantes sociales de FILASSISTANCE.

9.9. Recherche d'établissements spécialisés

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Adhérent, à son Conjoint ou à ses proches les établissements médicaux spécialisés (spécialité préconisée par le médecin traitant) qui peuvent le recevoir, **sous réserve de disponibilités dans le centre ou l'établissement indiqué.**

Si l'Adhérent ou son Conjoint le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit dans un

établissement spécialisé le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre à ses besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

Le coût du lit est à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

9.10. Enveloppe de services

FILASSISTANCE prend en charge les prestations d'assistance ci-dessous dans la limite de **150 € TTC par Evènement et par année civile** :

- Collecte et livraison à Domicile du linge repassé,
- Présence d'un proche au chevet,
- Jardinage,
- Portage de repas,
- Livraison de médicaments,
- Livraison de courses,
- Coiffeur à Domicile.

FILASSISTANCE prend en charge lesdites prestations dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent ou de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

D. CADRE RÉGLEMENTAIRE

1. Exclusions

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de **FILASSISTANCE** :

- les frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE** ;
- les frais téléphoniques engagés par le Bénéficiaire ;
- les conséquences de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- les conséquences de maladies ou de troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les conséquences de toute Hospitalisation volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- les conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- les conséquences de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- les conséquences des cataclysmes naturels ;
- les conséquences des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir ;
- les conséquences de la participation volontaire d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les conséquences de toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

2. Subrogation

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

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

3. Informatique et libertés

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) 2016/679 du 27 avril 2016 et à la Loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE**, responsable de traitement, et ses prestataires.

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé.

Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

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

Sous réserve des dispositions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, l'opposition ou le refus pourrait empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur **www.filassistance.fr** ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (**dpo@filassistance.fr**).

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

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

4. Responsabilité

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

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

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

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

5. Autorité de contrôle

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

6. Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations,

108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,

- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

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

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

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

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

7. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

• Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

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

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

Article L.114-2 :

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

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

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

Article L.114-3 :

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

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

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

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

Article 2240 du Code civil :

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

· **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil :

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

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

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

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

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

Article 2245 du Code civil :

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

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance

hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

· Saisine du médiateur

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

8. Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE**, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. Loi applicable et juridiction compétente

La présente Notice est régie par le droit français.

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

E. TABLEAU DE SYNTHÈSE

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Informations médicales	Informations téléphoniques
Informations vie pratique et juridique	Informations téléphoniques
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation
Transport aux rendez-vous médicaux	Organisation sans prise en charge
Transmission de messages	
Services à la carte	Mise en relation

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Services de proximité	
Les prestations doivent être mises en place sur les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation	
· Livraison de médicaments	1 livraison par Evènement
· Portage de repas	7 jours maximum consécutifs
· Portage d'espèces	1 aller-retour par Evènement ou avance dans la limite de 150 € TTC par Evènement
· Livraison de courses	1 fois par semaine
· Coiffure à domicile	1 déplacement par Evènement
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport aller/retour Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 92 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus)
<i>Cette prestation doit être mise œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.</i>	
Prise en charge des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	
· Garde au Domicile	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
· <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport aller/retour

· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	1 Titre de transport aller/retour
Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs.
Garde ou transfert des ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
· Garde au Domicile	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation.
· <u>OU</u> Transfert chez un proche	1 Titre de transport aller/retour
· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	1 Titre de transport aller/retour

GARANTIE D'ASSISTANCE ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Téléassistance	3 mois d'abonnement
----------------	---------------------

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR A 8 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés suivant le début de séjour en maternité ou à compter de la date de retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	
· Garde au Domicile	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité
· <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport aller/retour
· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	1 Titre de transport aller/retour
Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURES À 24 HEURES DE L'ENFANT DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Présence d'un proche au chevet <u>OU</u> <i>Cette prestation doit être mise œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation</i>	1 Titre de transport aller/retour
Garde des enfants	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation

GARANTIE D'ASSISTANCE ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ENFANT DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Ecole à domicile	3 heures maximum par jour ouvrable
------------------	---

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Informations sur l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Avance de fonds	Avance
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant la date de décès du Bénéficiaire
Prise en charge des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire

Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint <i>Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire</i>	
· Garde au Domicile	30 heures maximum par Evènement réparties sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs
· <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport aller/retour
· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	1 Titre de transport aller/retour
Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge du Bénéficiaire	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs

Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire

Garde ou transfert des ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint <i>Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire</i>	
· Garde au Domicile	30 heures par Evènement réparties sur une période de 30 jours ouvrés consécutifs
· <u>OU</u> Transfert chez un proche	1 Titre de transport aller/retour
· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	1 Titre de transport aller/retour

GARANTIE D'ASSISTANCE ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE OU CURIETHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile

Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié de la garantie 9.1 « Aide à domicile »

20 heures maximum par semestre à raison de 4 heures maximum par semaine

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES LORS DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE REDOUTÉE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	
<i>Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié de la garantie 8.1 « Aide à domicile » pour la Maladie redoutée en cause</i>	20 heures maximum par année civile réparties sur les 2 mois consécutifs qui suivent la date du diagnostic de la Maladie redoutée
Information relative à une Maladie redoutée	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement au diagnostic	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'annonce du diagnostic aux proches	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail supérieur à 6 mois consécutifs	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement en fin de vie de l'Adhérent ou de son Conjoint	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Organisation et démarches en fin de vie de l'Adhérent ou de Conjoint	1 entretien téléphonique maximum par année civile
Accompagnement budgétaire et social	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation
Enveloppe de services	
<ul style="list-style-type: none"> · Collecte et livraison à Domicile du linge repassé, · Présence d'un proche au chevet, <ul style="list-style-type: none"> · Jardinage, · Portage de repas, · Livraison de médicaments, <ul style="list-style-type: none"> · Livraison de courses, · Coiffeur à Domicile 	150 € TTC maximum par Evènement et par année civile



FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Société Anonyme au capital de 4 100 000 €

433 012 689 RCS NANTERRE

Siège social : 108 Bureaux de la Colline,

92213 SAINT-CLOUD Cedex

Entreprise régie par le Code des Assurances