

NOTICE D'INFORMATION

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

Solis Santé

SOMMAIRE	
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 Article 22 - Prestations indues	14 14
CHAPITRE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS Article 23 - Formalités de règlement des prestations	14 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 BENEFICIAIRES	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 séniors (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 évènement 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 : <u>courrierAR@mutuelle-familiale.fr</u>

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 afférantes 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

Bénéficient 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 avants 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 entrainant 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 échant.

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 règlementaires 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 règlementaire 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 <u>une classe autre</u> 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 maitrisé), 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 :

<u>Équipement optique</u>: 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.

<u>Aides auditives</u>: 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 règlementaires, 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 précédant organisme assureur, formulée par vos soins ou le cas échant 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 indemnisations 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 fausse 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 : <u>courrierAR@mutuelle-familiale.fr</u>

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 <u>reclamations@mutuelle-familiale.fr</u>;
- 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 recourt 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

FNMF

255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15

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 cidessous :

- 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: <u>donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr</u>

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

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

ANNEXE 1 - LEXIQUE

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.

Α

Appareillage

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

В

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.

Н

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.

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.

C

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 I'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 consultations, visites, actes médicaux, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	Automatique	Décompte Sécurité Sociale Facture acquittée et détaillée*	
SOINS COURANTS	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*	
	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 acquitt	ée et détaillée*	
DENTAIRE	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 e de fin de traitement		
	Frais de séjour			
	Forfait journalier	Bordereau de facturation ou avis des sommes à payer et quittance pour hôpitaux		
HOSPITALISATION	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 Fécondation in vitro-	Bordereau de facturation	Décompte Sécurité Sociale + Bordereau de facturation	
	amniocentèse			
	Chambre particulière	Facture acquit		
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			
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 Réalisées par un praticien d'État ou inscrit RNCP Liste présente au tableau de garanties.	Facture acquittée et détaillé d'identification et le cachet (ADELI*/*ADELI est un répertoire national qui réglementés en mentionnant leurs lie *RPPS est un répertoire partagé d concerne pour l'instant les médecins dentistes et les pharmaciens.	du professionnel de santé RPPS*) recense les professionnels de santé ux d'exercice et leurs diplômes. es professionnels de santé et qui
	Contraception, vaccins non remboursés	Facture acquitté	e et détaillée*
	Allocation naissance ou adoption (subordonné ou non à l'inscription, en fonction de la garantie)	Acte de naissance ou	certificat d'adoption
PARTICIPATION	Allocation mariage de l'adhérent(e)	Certificat de mariage (mariage civil uniquement)	
FORFAITAIRE	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 p le défunt de son vivant ou par prélèvement sur son compte bancaire ou postal) + RIB	
SOINS A L'ETRANGER Pour toute demande, la facture doit être traduite en français		Facture acquitté + décompte Sé	

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 1ère 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





RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 6 février 2024





Table des matières

Préambule	4
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE	4
ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE	4
ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE	
ARTICLE 1-2 – MODALITES D'ADHESION	
ARTICLE 1-3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	4
ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	
ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D'ADHÉSION AUX GARANTIES	
ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE	5
ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE	
ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE	θ
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	
ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE	
ARTICLE 4-2 – DÉMISSION	θ
ARTICLE 4-3 – RADIATION	7
ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES	7
TITRE II – COTISATIONS	8
ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS	8
ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION	8
ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS	8
ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS	8
ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS	g
ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION	
ARTICLE 6-3 – FRAIS D'IMPAYÉS	10
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS	10
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT	10
ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES	10
ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS	10
ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS	
ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION	10
ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE	11
ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS	11
ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT	11
ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT	11
ARTICLE 7-10 – FORCLUSION	11
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	11
ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION	
ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES	
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATIONARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION	
ARTICLE 10-1 – RECLAMATION	
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES	
TITILE V DISTOSTITUTES SECULIALES AUX GARANTES	13

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES	13
ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE	13
ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS	13
ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT	13
ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE	13
ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE	13
ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM)	14
ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES	14
ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ	14
ARTICLE 14 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	14
ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE	14

Préambule

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de La Mutuelle Familiale. Il détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles proposées par la Mutuelle 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. Le présent règlement mutualiste est complété du tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations, le tout constituant un ensemble indivisible.

TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 1-1 - OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion au contrat mutualiste. Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit résidant habituellement en France, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie, selon la garantie choisie et dans les conditions définies ci-après. Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste complété de ses annexes : tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble de ces stipulations. Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 1-2 - MODALITES D'ADHESION

L'adhésion est réservée aux personnes physiques résidant habituellement en France et affiliées à un régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie.

Conformément à l'article 7 des statuts, elle est demandée à l'aide du bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

De même, toute personne physique qui adhère à la Mutuelle, dans le cadre du dispositif de Complémentaire santé solidaire (CSS), acquière également la qualité de membre participant.

ARTICLE 1-3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

Dans tous les cas, en cas d'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la date d'effet de la garantie ne saurait être antérieure à la date de réception (cachet de la poste faisant foi). En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation mensuelle est ainsi déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion.

ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

Par exception, l'échéance de la gamme CAMPUS intervient au 31 août de chaque année et est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} septembre de chaque année.

ARTICLE 1-5 - CONDITIONS D'ADHÉSION AUX GARANTIES

Le présent règlement mutualiste s'applique à l'ensemble des garanties individuelles, ouvertes comme fermées à la commercialisation, assurées par la Mutuelle Familiale.

- Parmi les garanties ouvertes à la commercialisation :

Les gammes SANTÉHO et LMF SANTE sont ouvertes à tous les adhérents sans limite d'âge à l'adhésion. Les garanties de la gamme SANTÉHO sont soumises à un délai d'attente de 6 mois qui court à compter de la date d'effet d'adhésion à la gamme.

La gamme LMF Santé est composée :

- d'une part, de quatre garanties socles : LMF Santé 1, 2, 3 et 4 et d'une option « pharmacie à 15% (service médical rendu faible) automédication » en inclusion. Le membre participant dispose de la faculté de conserver ou de renoncer à cette option au moment de son adhésion.
- Et d'autre part, de deux renforts (pack hospitalisation, et pack dépassements d'honoraires). Ces garanties optionnelles permettent au membre participant de renforcer le niveau de ses remboursements. Le renfort du pack hospitalisation est soumis à un délai d'attente de 2 mois qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion au renfort.

La garantie COMPLÉTO est une surcomplémentaire, qui s'adresse aux personnes bénéficiant d'un contrat santé de rang 1, souscrit auprès d'autres organismes assurantiels. Elle est acquise après un délai d'attente de 3 mois.

Les garanties des gammes TERREA, SOLEC et LMF TERRI s'adressent exclusivement aux agents et aux retraités des collectivités territoriales, dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les garanties MINE E et MINE F de la gamme MINE s'adressent exclusivement aux bénéficiaires du régime minier.

Les garanties de la gamme FRONTEA s'adressent exclusivement aux personnes résidant en France et travaillant au Luxembourg. L'adhésion aux garanties LMF Campus 1, 2, 3, 4 et 5 de la gamme LMF Campus est exclusivement ouverte aux étudiants âgés entre 16 et 30 ans. La gamme LMF Campus ne permet pas d'assurer la couverture d'éventuels ayants-droit

Parmi les garanties fermées à commercialisation :

La managa AC agreement las manatics AC1 à AC4

La gamme AS comprenant les garanties AS1 à AS4	La gamme PS comprenant les garanties PS1 à PS2
La gamme BS comprenant les garanties BS1 à BS4	La gamme QS comprenant les garanties QS1 à QS2
La gamme CS comprenant les garanties CS1 à CS3	La garantie RS1
La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS4	La garantie SS1
La gamme ES comprenant les garanties ES1 à ES4	La garantie TS1
La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4	La garantie US1
La gamme GS comprenant les garanties GS1 à GS4	La garantie VS1
La gamme HS comprenant les garanties HS1 à HS3	La garantie WS1
La gamme IS comprenant les garanties IS1 à IS2	La garantie XS1
La gamme JS comprenant les garanties JS1 à JS2	La garantie YS1
La gamme KS comprenant les garanties KS1 à KS2	La garantie ZS1
La garantie LS2	La garantie AAS1
La gamme MS comprenant les garanties MS1 à MS2	La garantie ABS1
La gamme NS comprenant les garanties NS1 à NS2	La garantie ACS1
La gamme OS comprenant les garanties OS1 à OS2	La garantie ADS1

Les garanties BASIC, CLASSIC, TONIC, ÉNERGIC et DYNAMIC de la gamme DÉCLIC, ainsi que la garantie DÉCLIC (option non responsable) sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NOVA, NOVA OPTIQUE + et NOVA DENTAIRE + sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019. Les garanties OMÉGA O1, OMÉGA O2, OMÉGA O3 et OMÉGA O4 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NEOVIA 1, NEOVIA 2, NEOVIA 3 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties MDM Option 1, MDM Option 2, MDM Option 3 et MDM Option AZUR de l'offre Classique sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

Les garanties MDM Option Jeune Base et MDM Option Jeune Plus de l'offre Jeunes sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

ARTICLE 1-6 - DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux dispositions des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être faite par :

- lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10,
- ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 2-1 - CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- de la situation familiale.
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ou luxembourgeois.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Toute demande d'affiliation d'un ayant-droit en qualité de bénéficiaire en cours de mois donnera lieu au paiement, par l'adhérent, de la cotisation mensuelle déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion. Cette affiliation peut néanmoins être sollicitée pour le 1er du mois suivant. La cotisation correspondante ne sera alors due qu'à compter de cette date.

Toutefois, le nouveau-né et l'enfant adopté peuvent être couverts dès le jour de la naissance ou de l'adoption, dès lors que la demande d'affiliation est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la survenance effective de l'évènement.

ARTICLE 2-2 - CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile ou universitaire (1_{er} septembre au 31 août). Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie (niveau de garantie ou de renfort) vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit.

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit ne peut intervenir qu'après une année d'adhésion, sauf changement de situation prévue à l'article 2-1.

Les demandes de changement de niveau de garantie et /ou de renfort optionnel (ajout ou suppression) sont acceptées sans toutefois pouvoir dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat. En cas de demande d'ajout d'un renfort optionnel, la prise d'effet du renfort ne pourra intervenir qu'à compter du premier jour du mois suivant la demande du membre participant. En cas de changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin adhésion est signé par le membre participant.

Par exception, un changement de garantie est possible à tout moment, sans condition d'ancienneté, pour les agents et les retraités des collectivités territoriales souhaitant bénéficier d'une garantie labellisée dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Cette exception s'applique uniquement aux agents et retraités des collectivités territoriales ne bénéficiant pas déjà d'une garantie labellisée proposée par la Mutuelle.

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin d'adhésion est signé par le membre participant.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 3-1 - REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 4-1 – SUSPENSION

La garantie et le paiement des cotisations y afférent peuvent être suspendus lorsque le membre participant est sans activité. Cette demande est réalisée par écrit et justifiée par une attestation du Pôle Emploi ou assimilé pour le régime luxembourgeois. La suspension a une durée maximale de 2 ans.

A l'issue de cette période, les droits du membre participant seront rouverts, sous réserve du respect de ses obligations (notamment paiement de la cotisation). Les soins dont la date de référence est antérieure à la date de réouverture des droits ne feront l'objet d'aucune prise en charge.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de la période de suspension, le contrat sera résilié dans les conditions définies à l'article 6-2 du présent règlement.

ARTICLE 4-2 - DÉMISSION

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhérent peut mettre fin à sa garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre ou un courriel, avant le 31 octobre de l'année (ou avant le 30 juin en année universitaire d'adhésion) minuit, cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra effet le 31 décembre (ou avant le 31 août en année universitaire d'adhésion) à minuit.

La démission ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

L'adhérent peut également mettre fin à sa garantie, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première adhésion. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie et en cas d'ajout ou de suppression de renfort optionnel demandé par l'adhérent. Dans ce cas, un nouveau bulletin d'adhésion est rempli et signé par l'adhérent. La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant

La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant reste 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 démission.

Toute demande de démission doit être adressée à la Mutuelle par lettre, par courriel ou tout autre moyen mentionné à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 4-3 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L. 221-17 et L. 221-7 du Code de la mutualité.

1. Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation. Cette radiation prend effet au lendemain de la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle. Dans ce cadre, l'adhésion du membre participant prend fin.

Les ayants-droit du membre participant décédé peuvent solliciter le bénéfice de la garantie précédemment souscrite ou se voir proposer l'adhésion à une autre garantie répondant à leurs besoins.

Dès lors, les ayants-droit adhèrent au contrat mutualiste et prennent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

2. Modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties en cas de survenance d'un des évènements suivants :

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

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque garanti est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Autrement dit, le changement de situation doit nécessairement affecter le montant des cotisations ou le paiement des prestations.

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire),
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'événement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.

Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est soumise à la restitution des cartes de tiers payant remises par la mutuelle et prend effet au jour de réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), sauf cas de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement.

3. Non-paiement des cotisations

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et selon la procédure décrite à l'article 6-2 du présent règlement.

4. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit en principe être réalisée par lettre ou par courriel moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année.

A titre exceptionnel, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation d'un ayant-droit en cours d'année, pour les cas suivants : séparation, décès, départ du foyer fiscal, mariage, adhésion à un contrat collectif obligatoire d'entreprise, bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), souscription d'un contrat individuel auprès de la mutuelle.

Cette radiation sera effective à compter de la réception de la demande (cachet de la poste faisant foi). Une nouvelle carte de tiers payant, mettant à jour les ayants droit, sera éditée et envoyée à l'adhérent, qui devra restituer son ancienne carte de tiers payant à réception de la nouvelle.

Dans ce cadre, la garantie reste maintenue en qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après date d'effet de la démission, ou décision de suspension, radiation ou exclusion intervenant en application de l'article 11 des statuts, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

Toute sortie en cours de mois donne lieu au remboursement de la partie de cotisation concernant la période pendant laquelle le risque ne court plus.

TITRE II – COTISATIONS

Dispositions communes

ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS

ARTICLE 5-1 - MONTANT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle. Selon la garantie souscrite, la cotisation annuelle est fixée en fonction de la composition familiale, de l'âge du membre, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle, régime spécial ou régime luxembourgeois) et du lieu de résidence au moment de l'appel de cotisation annuel. A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ainsi que tous accessoires prévus par toute convention, ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes. Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de 23 euros. La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal ou par virement, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 5-2 - LES COTISATIONS

La cotisation est déterminée par tranche d'âge ou millésime selon les garanties. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieure s'effectue au 1er janvier de l'année qui suit la date anniversaire de l'âge de référence du membre participant, tel que mentionné à l'annexe cotisation du présent règlement mutualiste.

L'âge de référence correspond à l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année N-1.

ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS

Pour les contrats prenant en compte les compositions familiales et les tranches d'âges, celles-ci se déclinent de la manière suivante :

- 1 assuré(e)
 - 1 assuré(e) + 1 enfant à charge
 - 1 assuré(e) + 2 enfants à charge
 - 1 assuré(e) + 2 enfants à charge
 - 1 assuré(e) + 3 enfants à charge
 - 2 couple + 2 enfants à charge
 - 2 couple + 3 enfants è plus à charge

Pour l'ensemble des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du troisième enfant et des suivants, régulièrement inscrits à La Mutuelle Familiale

Pour les garanties de la gamme SANTÉHO, douze tranches d'âge sont instaurées :

- moins de 19 ans
 - de 50 à 59 ans
 - de 75 à 79 ans
 - de 80 à 84 ans
 - de 80 à 84 ans
 - de 80 à 89 ans
 - de 40 à 49 ans
 - de 70 à 74 ans
 - de 79 ans
 - de 80 à 84 ans
 - de 85 à 89 ans
 - de 70 à 74 ans

Pour la garantie COMPLÉTO, sept tranches d'âge sont instaurées :

- moins de 19 ans - de 40 à 49 ans - 70 ans et plus

- de 20 à 29 ans - de 50 à 59 ans - de 30 à 39 ans - de 60 à 69 ans

Pour les garanties de la gamme MINE, la structure des cotisations tient compte du régime de sécurité sociale d'affiliation et de la composition familiale :

- famille mineur - famille veuve mineur

Pour les garanties de la gamme FRONTEA, quinze tranches d'âge sont instaurées :

 - enfant jusqu'à 15 ans
 - de 36 à 40 ans
 de 61 à 65 ans

 - de 16 à 19 ans
 - de 41 à 45 ans
 de 66 à 70 ans

 - de 20 à 25 ans
 - de 46 à 50 ans
 de 71 à 75 ans

 - de 26 à 30 ans
 - de 51 à 55 ans
 de 76 à 80 ans

 - de 31 à 35 ans
 - de 56 à 60 ans
 plus de 80 ans

Pour les garanties de la gamme LMF SANTE, seize tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans - de 41-45 ans - de 66-70 ans - de 20-25 ans - de 46-50 ans - de 71-75 ans - de 26-30 ans - de 51-55 ans - de 76-80 ans - de 31-35 ans - de 56-60 ans - de 80-85 ans - de 36-40 ans - de 61-65 ans - de 85-90 ans

Pour les garanties de la gamme Campus, la cotisation retenue est unique au sein de chaque garantie composant la gamme :

- plus de 90 ans

- 6 € par mois pour Campus 1
 - 35,5 € par mois pour Campus 4
 - 49,5 € par mois pour Campus 5

- 27,5 € par mois pour Campus 3

- de 36-40 ans

Pour les garanties de la gamme TERREA, seize tranches d'âge sont instaurées :

Enfants jusqu'à 19 ans*
 de 41-45 ans
 de 71-75 ans
 de 76-80 ans
 de 21-25 ans
 de 51-55 ans
 de 81-84 ans
 de 31-35 ans
 de 61-65 ans

- de 66-70 ans

Pour les garanties de la gamme SOLEC, neuf tranches d'âge sont instaurées :

Enfants jusqu'à 19 ans*
 de 50 à 59 ans
 de 60 à 69 ans
 de 20 à 29 ans
 de 30 à 39 ans
 de 80 ans et plus

Pour les garanties de la gamme LMF TERRI, quatorze tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans* - de 41 à 45 ans - de 66 à 70 ans - de 16 à 25 ans - de 46 à 50 ans - de 71 à 75 ans - de 26 à 30 ans - de 51 à 55 ans - de 76 à 80 ans - de 31 à 35 ans - de 56 à 60 ans - 81 ans et plus - de 36 à 40 ans - de 61 à 65 ans

Pour l'ensemble des garanties individuelles fermées, douze tranches d'âges sont instaurées :

- de 16 à 24 ans
 - de 50 à 59 ans
 - de 75 à 79 ans
 - de 80 à 84 ans
 - de 80 à 84 ans
 - de 80 à 89 ans
 - de 85 à 89 ans
 - de 40 à 49 ans
 - de 70 à 74 ans
 - 90 ans et plus

ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 6-1 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est annuel. Les membres participants s'acquittent de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Le règlement de la cotisation est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi dans l'Espace Economique Européen.

La cotisation doit alors être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation. Les cotisations sont dues terme à échoir.

La proratisation des cotisations est applicable dans les relations entre la Mutuelle et le membre participant.

Le dispositif de proratisation tient nécessairement compte des dates d'entrée et sortie du contrat en cours de mois pour le membre participant et, le cas échant, pour ses ayants droit.

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. Son montant est le produit des facteurs suivants : cotisation exprimée en mois plein et nombre de jours de présence sur le contrat, rapporté à la valeur de 30.

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

ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle est en droit de résilier la garantie au plus tôt 10 jours après la suspension de cette dernière. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

^{*} jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

^{*} jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

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

ARTICLE 6-3 - FRAIS D'IMPAYÉS

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS

ARTICLE 7-1 - PRINCIPE DE REMBOURSEMENT

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations ci-annexé, faisant partie intégrante du présent règlement. Les prestations délivrées par la Mutuelle dépendent de la garantie choisie. Les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire, sauf les prestations expressément décrites dans le règlement des garanties et figurant au tableau des prestations de la garantie choisie.

Les prestations non consommées, dans le cadre de l'année d'adhésion, ne font l'objet d'aucun report.

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais à la charge du membre participant.

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et au Luxembourg, lorsque la garantie souscrite le prévoit et dans les conditions prévues au règlement de la garantie en annexe. Les frais engagés hors de France ou hors du Luxembourg sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ou luxembourgeois et dans les limites prévues par le présent règlement. Le remboursement de la Mutuelle intervient alors en complément de celui du régime obligatoire français, sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français ou luxembourgeois lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf disposition particulière précisée dans les dispositions spécifiques, les prestations sont servies pour :

- le membre participant,
- ses ayants droit, tels que définis par l'article 6-1 des statuts, inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

Conformément à l'article 1302-1 du code civil, le membre participant et/ou son ayant-droit qui reçoit sciemment une prestation qui ne lui est pas due, s'engage à rembourser l'intégralité du montant correspondant à la Mutuelle, à première demande.

En cas de silence ou de refus, la Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

ARTICLE 7-3 - OUVERTURE DES DROITS

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques dont la date de référence est postérieure à la date d'effet sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie ; la date de référence étant la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'assurance maladie; les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion,
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale; les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

ARTICLE 7-4 - CESSATION DES DROITS

Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent dans les conditions décrites à l'article 4-4 du présent règlement.

ARTICLE 7-5 - TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie françaises, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie française 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 pour les assurés sociaux français, sauf refus exprès du membre participant.

Il appartient, néanmoins, à l'adhérent de s'assurer de son fonctionnement, au travers du remboursement de ses frais de soins de santé.

Pour les adhérents ayant déjà profité de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise place qu'après demande de radiation du précédant organisme complémentaire, formulée par l'adhérent concerné, auprès du Régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'adhérent d'en avertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

La télétransmission ne peut trouver à s'appliquer en cas de soins effectués au Luxembourg

ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE

Les prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées. Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son ayant droit de plus de 16 ans, ou à défaut par lettre chèque nominative adressée à son domicile.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour demander le remboursement de leurs soins auprès de la mutuelle, conformément aux règles de prescription.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

En application des articles 1347 et suivants du code civil et dans un souci de bonne exécution du contrat mutualiste, la compensation est applicable dans les relations entre l'Adhérent et la Mutuelle.

A ce titre, les prestations versées par la Mutuelle peuvent être compensés avec les cotisations non réglées, sans préjudice des stipulations prévues à l'article 6-2.

La compensation est opérée à due concurrence des sommes respectivement dues.

ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés dans le règlement des garanties en annexe.

ARTICLE 7-8 - 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 de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, sur les garanties obligatoirement prises en charge au titre des contrats responsables, les assurés peuvent bénéficier du mécanisme de tiers 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 d'adhérent permettant de bénéficier du tiers payant auprès des prestataires de santé est adressée à chaque membre participant à jour de ses cotisations. Elle atteste des droits de l'adhérent, 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, le membre participant est tenu de retourner sa carte de Tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de la carte de tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

ARTICLE 7-9 - RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT

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 victime de l'accident dans son action contre le tiers responsable.

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 7-10 - FORCLUSION

Les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie et les factures acquittées doivent être remis dans un délai maximum de deux ans à la Mutuelle. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de la date de soins figurant au document justificatif.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où La Mutuelle Familiale 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du l de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

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 d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de 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 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle Familiale s'engage à respecter les dispositions légales et règlementaires 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 de ses missions, La Mutuelle Familiale est amenée à recueillir et traiter des données à caractère personnel sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités suivantes :

- 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 à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale avec l'accord de ses membres participants.

Ces données sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégataires de gestion, réassureurs et partenaires, le cas échéant.

Chaque adhérent dispose 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 postal à l'adresse suivante : 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris ou sur l'adresse mail : donnéespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.

L'adhérent 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 www.cnil.fr.

Plus d'informations sur www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite.

ARTICLE 10 - RÉCLAMATIONS, MÉDIATION

ARTICLE 10-1 - RÉCLAMATION

La Mutuelle Familiale 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 via le formulaire contact disponible sur son Espace Adhérent ou en écrivant au Service Qualité :

- soit par courriel à reclamations@mutuelle-familiale.fr,
- soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale Service Qualité –52, rue d'Hauteville 75487 Paris Cedex

Le réclamant recevra un accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de l'envoi de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse de nos services dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de sa première réclamation écrite, le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale.

ARTICLE 10-2 - MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, dans un délai maximal d'un an après sa réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur, sous réserve que la réclamation relève de sa compétence :

- soit par le dépôt d'une demande en ligne sur le site du Médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr,
- soit par voie postale à l'attention de :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vauairard-

255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe.

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.

TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES

ARTICLE 11-1 - PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE

La Mutuelle Familiale offre à l'ensemble de ses adhérents individuels, une prestation additionnelle à leur garantie frais de santé, intitulée : « Solidarité familiale ».

Cette prestation offre la possibilité aux membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit, régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, de 10 jours de chambre individuelle, tout au plus, en cas d'hospitalisation; ces jours ne devant pas avoir été consommés au titre de l'année d'adhésion.

Cette demande, réalisée par écrit, doit être adressée au Service Prestations de la Mutuelle Familiale, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

ARTICLE 11-2 - RESEAU DE SOINS

Les réseaux de soins favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. A ce titre, la Mutuelle Familiale a conclu une convention avec le réseau KALIVIA, en vue de faire bénéficier ses membres participants de la qualité des services et prestations de celui-ci. Les membres participants ont le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé auquel ils souhaitent recourir et demeurent égaux aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

La Mutuelle Familiale tient à votre disposition sur simple demande les modalités de ce conventionnement.

Ce service n'est pas disponible pour les soins effectués au Luxembourg.

ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 12-1 - ASSISTANCE

Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties d'assistance vie quotidienne sont souscrites par la Mutuelle au bénéfice de l'ensemble de ses membres participants (sauf adhérents COMPLETO). Ces garanties intégrées aux contrats santé sont assurées par Filassistance international, entreprise régie par le code des assurances, sise 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

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.

ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Les adhérents de La Mutuelle Familiale peuvent souscrire des garanties de prévoyance souscrites en intermédiation auprès des organismes d'assurance suivants :

- CNP Assurances –341737062 RCS Nanterre, régies par le Code des assurances 4, promenade Cœur de Ville 92130 Issyles-Moulineaux.
- SA OCIRP VIE -339688608RCSParis, régie par le Code des assurances 17 rue de Marignan 75008 PARIS.
- MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE -SIREN 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil-74960 CRAN
 – GEVRIER.
- MUTUELLE ATLANTIQUE DE PRÉVOYANCE, SIREN 388 818 908, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité –1 rue Pierre Charreau Les Diversités 33000 BORDEAUX.

ARTICLE 12-3 - COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre La Mutuelle Familiale et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 442 294 856, dont le siège social est sis 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS

- l'adhérent,
- et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime COREM qui a pour objet le service d'un complément retraite par points. Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents.

ARTICLE 12-4 - GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Selon la garantie santé souscrite, une garantie frais d'obsèques à titre facultatif peut bénéficier aux membres participants. Cette prestation est assurée par La Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, sise 39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 99050 - 74992 Annecy Cedex 9, INSEE n°337 682 660.

En tout état de cause, cette prestation n'est déclenchée qu'avec l'accord préalable de La Mutuelle Générale de Prévoyance qui en apprécie son application. Ses conditions d'application font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l'année suivant celle de son 40ème anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 14 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle Familiale est tenue au respect de la règlementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme et aux mesures de gel des avoirs.

A ce titre, La Mutuelle a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le membre participant, les assurés, les ayants droit ainsi que toute personne à laquelle elle serait amenée à verser des prestations. Les informations recueillies doivent permettre à La Mutuelle de respecter les obligations auxquelles elle est soumise.

ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet https://www.mutuelle-familiale.fr/. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.





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?

Tálánhana	09 77 40 85 35 (depuis la France)
Téléphone	+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, adhérant 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 invalidant. cérébral cancer, infarctus pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulinoinstable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation 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. Réglement 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 à **FILASSISTANCE**

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

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;
- <u>OU</u> 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;
- <u>OU</u> 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;
- <u>OU</u> 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;
- <u>OU</u> 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;
- <u>OU</u> 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 1er 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 accompagnes 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;
- <u>OU</u> le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport;
- <u>OU</u> 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 allerretour 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.

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 cidessous, 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 ;
- <u>OU</u> le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport;
- <u>OU</u> 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 entrainant 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 prenden 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 RÈGLEMENTAIRE

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 commerciales, notamment d'activité 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 soustraitants 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 règlementaires, 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/voussouhaitez-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-àvis 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'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'entraine 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 complétement 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 SYNTHESE

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)	
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.		
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

1 Titre de transport aller/retour

· OU Transfert des enfants chez un proche

 OU 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 ascendant	s 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
 OU 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 r	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	t 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
· OU Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport aller/retour
 OU 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>	1 Titre de transport aller/retour
,	30 jours qui suivent la date de début ou de fin e de début de l'Immobilisation
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 mis	e 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 Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire	
· 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
 OU 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	

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 Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire	
· 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
 OU 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 4 heures maximum par semaine de la garantie 9.1 « Aide à domicile »

20 heures maximum par semestre à raison

GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES LORS DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE REDOUTÉE DE L'ADHÉRENT 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 8.1 « Aide à domicile » pour la Maladie redoutée en cause	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
 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 	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