malakoff humanis

Atout+ TNS

Ma notice frais de santé

N° 0034785 - N° 0034787

Vous trouverez dans ce document
les démarches à suivre
pour vos soins et vos remboursements.

Édition septembre 2024

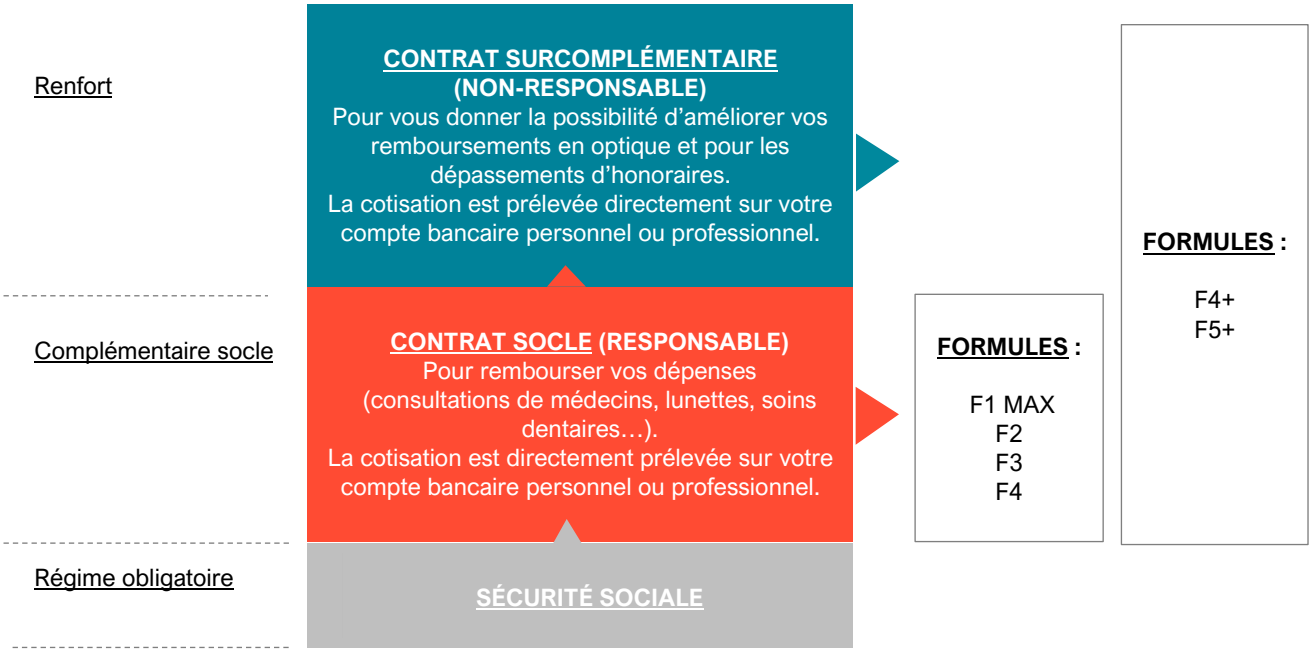
EN PRATIQUE, tout ce qu'il faut savoir sur ma complémentaire santé

Comment en bénéficier au plus vite ?

1. **Il vous suffit de dater et signer** votre certificat d'adhésion.
2. **Et le tour est joué !** Dans la foulée vous recevrez votre carte de tiers payant pour ne pas avancer les frais chez certains professionnels de santé.

Quelles sont mes garanties ?

Vous pouvez adhérer à un contrat socle ou à un contrat socle renforcé par un contrat surcomplémentaire en fonction de vos besoins.



A NOTER

Seules les cotisations liées à votre adhésion au contrat socle peuvent être déduites de vos revenus imposables. Une attestation loi Madelin vous est adressée chaque année pour vous aider dans cette démarche.

Ma famille peut-elle bénéficier de mes garanties ?

Votre conjoint(e) et/ou vos enfants peuvent bénéficier de vos garanties si vous avez choisi de les inscrire sur votre contrat.

Comment réaliser mes démarches facilement ?

Connectez-vous sur votre Espace Assuré,
à l'adresse https://sante-espaceparticuliers.atoutmh.com,
pour transmettre vos devis et vos factures, suivre vos remboursements, voir vos garanties, etc.

Assurez-vous que la télétransmission Noémie soit bien activée auprès de la Sécurité sociale.

Comment faire ?

- **Rendez-vous dans votre espace personnel Ameli**, pour vérifier que notre nom apparaît dans la rubrique « Organisme complémentaire ».
  Si la mention « Activé » est indiquée, c'est bon !
- **Si non, contactez-nous à l'une des adresses mentionnées ci-dessous.**

Pour nous appeler ou nous écrire,

retrouvez nos coordonnées sur votre carte de tiers payant ou **contactez-nous :**

- par courrier : Malakoff Humanis, Atout Santé Courtage, UG 200, TSA 21932, 92894 Nanterre Cedex 9
- par mail : gestionsante@atoutmh.com
- par téléphone : 03 26 79 21 27

Table des matières

INTRODUCTION 6

Les contrats souscrits par l'association 6
votre adhésion 7

FONCTIONNEMENT DU (DES) CONTRAT(S) 9

Début et fin de mes garanties 9
Mes cotisations 13
Conditions de prise en charge de mes soins 15

SPÉCIFICITÉS DU (DES) CONTRAT(S) ET EXCLUSIONS 23

Nature du (des) contrat(s) 23
Dispositif « 100 % Santé » 23
Exclusions et limitations de mes garanties 26

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES 28

Fausse déclaration 28
Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties) 28
Délai maximum des demandes de prestations (prescription) 28
Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation) 29
Contact en cas de réclamation ou de médiation 29
Juridiction compétente en cas de conflit 29
Utilisation et protection de mes données personnelles collectées 30
Autorité de contrôle 31
Informations complémentaires 31

LEXIQUE 32

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

INTRODUCTION

Nous vous remboursons les dépenses prises en charge ou non par la Sécurité sociale comme indiqué au(x) tableau(x) de garanties dans votre certificat d'adhésion.

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

Vous bénéficiez également des garanties d'assistance santé : convention n° 75 01 06.

Les contrats souscrits par l'association

Quelle est la nature de chaque contrat souscrit par l'association ?

L'association LAFPAC a souscrit deux contrats collectifs à adhésion facultative pour chacun de ses membres dans les conditions fixées par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « Madelin » :

- un contrat socle « responsable » n° 0034785

et

- un contrat surcomplémentaire « non responsable » n° 0034787

Quel contrat ouvre droit à une déduction fiscale ?

Seule votre adhésion au contrat socle est éligible à la déduction prévue par la loi « Madelin ».

Il vous appartient de vérifier que vous bénéficiez de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la règlementation en vigueur, y compris pour les membres de votre famille.

Votre adhésion

Quelles sont les conditions pour adhérer à l'offre Atout+ TNS ?

VOUS

Pour adhérer, vous devez être membre de l'association souscriptrice des contrats et :

- être un travailleur non salarié (TNS) non-agricole reconnu comme tel par les régimes obligatoires d'assurance maladie - maternité et vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non agricoles
- avoir le statut de :
  - gérant majoritaire non salarié d'une société à responsabilité limitée (SARL) ou d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL) soumise à l'impôt sur les sociétés
  - gérant associé unique d'une entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL)
  - gérant associé d'une société en commandite simple (SCS), d'une société en commandite par actions (SCA), en participation ou de fait
  - gérant associé d'une société en nom collectif (SNC)
  - dirigeant d'une entreprise individuelle (EI) (artisan, commerçant ou profession libérale) ou micro-entrepreneur

  ou
  - conjoint(e) sous statut de conjoint-collaborateur
- être affilié(e) au régime de Sécurité sociale
- avoir 18 ans et plus et moins de 81 ans

et

- résider et exercer votre activité en France hexagonale (y compris Corse / Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM))

Que dois-je faire pour finaliser mon adhésion ?

Votre adhésion est finalisée lorsque vous signez votre certificat d'adhésion (électroniquement ou non selon votre choix).

Certaines **formalités** sont nécessaires pour que vos garanties débutent (voir les pièces nécessaires à l'adhésion en page 9). Si ces formalités sont incomplètes, l'adhésion sera valable uniquement après notre acceptation.

Quels sont les documents relatifs à mon adhésion ?

Votre adhésion se compose des 2 documents suivants :

- la présente notice d'information
- le certificat d'adhésion qui indique notamment :
  - votre identité et celle des membres éventuels de votre famille
  - la date à laquelle intervient votre adhésion
  - vos garanties
  - la nature de votre adhésion
  - la cotisation qui correspond à la formule de garanties et au nombre de personne assuré

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

Quand débute mon adhésion ?

Votre adhésion débute à la date mentionnée sur votre certificat d'adhésion.

Votre adhésion est valable pendant 12 mois. Elle se renouvelle ensuite automatiquement chaque année à sa date d'anniversaire, pour une durée de 12 mois.

Quand prend fin mon adhésion ?

Votre adhésion prend fin :

- à la date à laquelle vous dénoncez votre adhésion (voir la page 11)
- à la date à laquelle nous mettons fin à votre adhésion en cas de non-paiement de la cotisation
- à la date à laquelle l'association résilie le(s) contrat(s) collectif(s)
- à la date de votre décès

FONCTIONNEMENT DU (DES) CONTRAT(S)

Début et fin de mes garanties

À compter de quand mes soins sont-ils remboursés ?

VOUS

- vos garanties commencent à compter de votre adhésion au(x) contrat(s) (date mentionnée sur le certificat d'adhésion)

ou

- en cas de modification de garanties (date mentionnée sur l'avenant au certificat d'adhésion)

VOTRE FAMILLE

Les garanties commencent :

- à la même date que les vôtres

ou

- à la date qui figure sur l'avenant au certificat d'adhésion lorsque vous ajoutez un membre de votre famille en cours de contrat

QUELLES SONT LES PIÈCES NÉCESSAIRES À L'ADHÉSION ?

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

Vous devez fournir les **pièces suivantes** :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vous	▪ une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire sécurisé au format européen) ▪ un extrait Kbis **de moins de 3 mois** ou toute autre pièce officielle qui justifie de votre statut ▪ votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour le paiement de vos cotisations et le remboursement de vos prestations santé ▪ un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé si le paiement par prélèvement bancaire a été choisi ▪ votre attestation de droits à la Sécurité sociale
Les membres de votre famille	▪ l'attestation de droits à la Sécurité sociale pour chaque membre de votre famille

QUELLES SONT LES PIÈCES NÉCESSAIRES AU RENOUVELLEMENT DES GARANTIES DE MES ENFANTS DE 21 ANS ET PLUS ?

Vous devez fournir chaque année les **pièces suivantes** :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vos enfants de 21 ans et plus à charge	Une copie : ▪ du certificat de scolarité de l'année en cours ▪ du contrat d'apprentissage ou d'alternance ▪ de l'attestation d'inscription à France Travail (anciennement Pôle emploi) A défaut des pièces ci-dessus : ▪ une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée qui précise qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du/des contrats.

Si ces pièces ne nous sont pas remises avant le 15 novembre de l'année en cours, les garanties dont bénéficient les membres de votre famille prendront fin le 1er janvier de l'année suivante.

Comment puis-je changer de formule de garanties ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier votre choix **après 12 mois d'adhésion**.

Cette modification intervient **à la date anniversaire de votre adhésion** si nous l'acceptons et si votre demande nous est parvenue au moins 30 jours avant cette date.

Si vous avez souscrit à l'adhésion	Vous pouvez augmenter ou diminuer votre formule de garanties de la manière suivante	
Formule F3	Formule F1 MAX	Formule F4
	Formule F2	Formule F4+
ou		
Formule F4+	Formule F3	Formule F5+
	Formule F4	

Le changement de formule est limité à 2 niveaux au maximum.

Tout nouveau changement de formule peut être demandé après **12 mois d'adhésion.**

Comment puis-je modifier les membres de ma famille ?

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

La modification intervient au quantième d'adhésion suivant la réception de votre demande.
Par exemple :
Vous adhérez au 05/04/2025
Nous recevons votre demande d'évolution le 17/05/2026
La prise d'effet de la modification sera le 05/06/2026.

Toutefois, la modification intervient à la date de l'événement :

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, si la demande nous parvient dans un délai de 3 mois
- en cas de décès d'un membre de votre famille

Comment renoncer à mon adhésion dans le délai de 14 jours ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion **dans les 14 jours** qui suivent la date à laquelle vous êtes informé de sa prise d'effet.

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

Vous pouvez notamment exercer votre droit de renonciation :

- par lettre ou tout autre support durable. A ce titre, vous pouvez adresser votre demande à l'adresse : Malakoff Humanis, Atout Santé Courtage, UG 200, TSA 21932, 92894 Nanterre Cedex 9
- par déclaration faite à notre siège social
- par acte extrajudiciaire à l'adresse : Malakoff Humanis, Atout Santé Courtage, UG 200, TSA 21932, 92894 Nanterre Cedex 9
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- directement sur votre Espace Assuré, à l'adresse suivante : https://sante-espaceparticuliers.atoutmh.com

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

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

Je soussigné(e) (nom, prénom(s)) ……, qui demeure (adresse complète) ……. déclare renoncer à :

- mon adhésion au contrat socle Atout+ TNS n° 0034785 ….. … , qui a débuté le .....

et

- mon adhésion au contrat surcomplémentaire Atout+ TNS n° 0034787 ….. … , qui a débuté le .....

Fait à ……, le ……

Signature

Comment dénoncer mon adhésion ?

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

- **avant la 1er date d'anniversaire** de votre adhésion :
  - **en cas de modification de vos droits et obligations**, dans le délai de **30 jours** qui suit la réception de votre nouvelle notice ou de votre notice additive
  - au plus tard **2 mois avant cette date** (effet : date d'anniversaire de votre adhésion)
- **à compter de 12 mois d'adhésion** :
  - **à tout moment** (effet : 1 mois après la réception de votre demande de dénonciation)

La dénonciation doit nous parvenir par les mêmes moyens que la renonciation.

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

Si vous mettez fin à votre adhésion, vous devez payer la cotisation pour la période où vous étiez couvert par votre contrat. Cette période est calculée à partir du début de votre adhésion jusqu'à la date de fin de celle-ci (date d'effet de votre dénonciation).

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

Dans le cas où vous souhaiteriez dénoncer votre adhésion pour adhérer auprès d'un nouvel assureur, celui-ci peut effectuer les formalités de dénonciation pour votre compte.

Le nouvel assureur devra s'assurer de la continuité de couverture de vos garanties durant cette procédure.

Quand prennent fin mes garanties ?

VOUS

Vous ne bénéficiez plus de vos garanties à la date à laquelle cesse votre adhésion (indiquée en page 8)

VOTRE FAMILLE

Votre famille ne bénéficie plus des garanties :

- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de vos garanties
- à la date à laquelle les membres de votre famille ne répondent plus aux définitions des personnes bénéficiaires des garanties
- à la date à laquelle vous ne souhaitez plus faire bénéficier un des membres de votre famille des garanties

Mes cotisations

Comment ma cotisation est-elle calculée ?

Vos cotisations sont indiquées sur votre certificat d'adhésion.

Elles dépendent des éléments suivants :

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

et

- des dispositions législatives et réglementaires existantes

Qui est inclus dans ma cotisation ?

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale qui inclut l'ensemble des personnes bénéficiaires ; à savoir vous et, le cas échéant, votre conjoint(e) et/ou votre(vos) enfant(s).

Quand et comment évolue ma cotisation ?

Votre cotisation est modifiée tous les ans, à la date d'anniversaire de votre adhésion, en fonction de l'âge des personnes assurées (l'âge réel des personnes assurées à la date d'anniversaire de l'adhésion).

Elle peut également être modifiée :

- chaque année, à la date d'anniversaire de votre adhésion, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé
- en cours d'année, en cas d'évolutions législatives et réglementaires
- chaque année, à la date d'anniversaire de votre adhésion, en cas :
  - d'évolution des résultats techniques de l'offre Atout+ TNS
  - de demande de modification de votre formule de garanties
- au quantième d'adhésion qui suit la date de notre prise de connaissance, en cas :
  - de changement de département de résidence principale de la personne assurée
  - de changement de régime de Sécurité sociale d'un membre de votre famille
  - d'ajout d'un membre de votre famille **sauf en cas de naissance ou d'adoption (à la date de l'événement si la demande nous parvient dans un délai de 3 mois)** ou de radiation d'un membre de votre famille

Votre nouvelle cotisation sera indiquée sur l'avenant au certificat d'adhésion.

Comment payer ma cotisation ?

Votre cotisation est payable d'avance à la date de son échéance en fonction du choix que vous avez indiqué sur votre demande d'adhésion.

Moyen de paiement	Périodicité de paiement	Date d'échéance de paiement *
▪ Prélèvement automatique sur le compte bancaire ▪ Virement bancaire	▪ Mensuelle ▪ Trimestrielle ▪ Semestrielle ▪ Annuelle	▪ 1er jour du mois ▪ 5e jour du mois ▪ 10e jour du mois ▪ 15e jour du mois

*le choix de la date d'échéance ne dépend pas de la périodicité de paiement.

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

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

Si la cotisation reste impayée, vos garanties et celles de votre famille prennent fin **40 jours** après la réception de la mise en demeure.

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

Conditions de prise en charge de mes soins

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

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

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

Nous vous réclamerons toute somme versée à tort.

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

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

Quelles sont les pièces nécessaires pour être remboursé ?

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

Ce remboursement peut nécessiter la fourniture des pièces justificatives suivantes :

- **Pour la liquidation de certains actes complexes :**

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, nous appliquerons le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, nous procèderons à la régularisation à hauteur des garanties.

- **Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :**

Si vous ne nous transmettez pas les pièces justificatives demandées après le paiement des prestations, vous vous exposez à une annulation de votre prise en charge. Vous devrez restituer le montant des prestations indument versées.

Nature de l'intervention	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Hospitalisation Frais d'hospitalisation dont forfait hospitalier journalier et chambre particulière Dépassements d'honoraires facturés par l'Etablissement hospitalier (*les dépassements d'honoraires facturés par les Praticiens n'entrent pas dans ce cadre, voir modalités dans la rubrique Soins courants ci-dessous*)	Ni vous ni votre Etablissement hospitalier n'a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Vous avez payé la totalité des frais.	**<u>La télétransmission est active :</u>** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **<u>La télétransmission n'est pas active :</u>** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé une prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous n'avez rien payé.	**<u>Quel que soit le statut de la télétransmission :</u>** Malakoff Humanis - UG 200 a indiqué à votre Etablissement hospitalier le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser, il n'y aura pas d'intervention sur le reste à charge.

Nature des soins	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux Actes d'imagerie médicale Matériel médical remboursé par le Régime Obligatoire Médicaments, vaccins	Votre praticien a utilisé votre carte Vitale et vous n'avez rien payé.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre praticien a utilisé votre carte Vitale et vous avez payé le ticket modérateur.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Votre praticien n'a pas utilisé votre carte Vitale et vous avez payé tout ou partie des frais	**La télétransmission est active :** Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
Honoraires médicaux dans le cadre d'une hospitalisation	Votre praticien pratique des dépassements d'honoraires, à avancer avant l'intervention	Dans le cas d'une hospitalisation en clinique ou établissement privé : **La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée du praticien - Copie du bordereau de facturation "AMC" acquitté (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Copie du bordereau de facturation "AMC" acquitté (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). Dans le cas d'une hospitalisation en établissement public : **Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de l'avis des sommes à payer et de l'attestation de paiement (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**)
Médecine additionnelle et de prévention	Vous avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Original de la facture acquittée à adresser par courrier
Soins à l'étranger pris en charge par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). - Copie du décompte du Régime Obligatoire

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

Nature des soins	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Pharmacie Auxiliaires médicaux Laboratoire Soins externes Transport (hors cure thermale)	Votre pharmacien ou praticien a utilisé votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. En cas de reste à charge, Malakoff Humanis n'interviendra pas.
	Votre pharmacien ou praticien a utilisé votre carte Vitale mais pas votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Vous avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. Malakoff Humanis remboursera le complément à hauteur des garanties de votre contrat. **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Votre pharmacienou praticien a utilisé votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis. Vous avez réglé un dépassement d'honoraires.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**)
Pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). - Copie de la prescription médicale **La télétransmission n'est pas active :** - Original de la facture acquittée et prescription médicale à adresser par courrier

La garantie pharmacie non remboursée par le régime obligatoire ne concerne que les produits pharmaceutiques réglementés, les APSI (allergènes préparés spécialement pour un individu) règlementés et les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5 %. **Par conséquent, ne sont pas couverts par cette garantie, les produits dont la TVA est de 20 % (produits dits « de confort »).**

Nature des soins	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Cures thermales : Transport et Hébergement	Quel que soit votre situation	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). - Justificatif de transport (péage, essence) et/ou d'hébergement (quittance de loyer) en cas de forfait alloué aux frais annexes.

Renouvellement des équipements auditifs tous les 4 ans

Nature de l'équipement	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Aides auditives remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Audioprothésiste n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Votre Audioprothésiste est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** KALIXIA a indiqué à votre Audioprothésiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Audioprothésiste est passé par KALIXIA. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge.

Pour toutes les ordonnances délivrées après le 17/10/2016, La durée de validité de l'ordonnance médicale* est fixée à :
Verres correcteurs :
- un an, pour les moins de 16 ans
- cinq ans, pour les 16 à 42 ans
- trois ans, pour les 42 ans et +
Lentilles de contact :
- un an, pour les moins de 16 ans
- trois ans pour les 16 ans et +
*Sauf mention contraire précisée par l'ophtalmologiste

Nature de l'équipement	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Lunettes : Montures et verres remboursables par le Régime Obligatoire Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Opticien n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). - Copie de l'ordonnance **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire - Copie de l'ordonnance
	Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé.	KALIXIA a indiqué à votre Opticien le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge.
Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire	KALIXIA n'intervient pas pour le traitement des lentilles non remboursables, le Régime Obligatoire non plus. Vous avez payé la totalité des frais.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de la facture acquittée (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). - Copie de l'ordonnance

Les orthoptistes sont autorisés dans certains cas à modifier des prescriptions médicales réalisées par un médecin ophtalmologiste.

Orthodontie remboursée par le régime obligatoire :
La facture doit mentionner la date de début et fin de traitement
A noter :
Une facture dentaire doit préciser le code CCAM ainsi que le numéro de dent concerné par les soins

Nature des soins	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Prothèses et Orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	**La télétransmission est active :** - Copie de la facture acquittée hors orthodontie remboursé (**déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com**). **La télétransmission n'est pas active :** - Copie de la facture acquittée - Copie du décompte du Régime Obligatoire
	Votre Dentiste a demandé une prise en charge dentaire à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous n'avez rien payé.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** Malakoff Humanis a indiqué à votre chirurgien-dentiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Dentiste a demandé une prise en charge dentaire à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous avez payé le reste à charge.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser, il n'y aura pas d'intervention sur le reste à charge.
Prothèses et Orthodontie, Implantologie, Parodontologie non remboursables par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** - Copie de la facture acquittée **(déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).**
	Votre Dentiste a demandé une prise en charge dentaire à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous n'avez rien payé.	**Quel que soit le statut de la télétransmission :** Malakoff Humanis a indiqué à votre chirurgien-dentiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Dentiste a demandé une prise en charge dentaire à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous avez payé le reste à charge.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser, il n'y aura pas d'intervention sur le reste à charge.

Pour l'orthodontie non remboursable, seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'État. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

NB. Si vous n'avez pas produit votre Carte Vitale au praticien ou à l'établissement de soins, vous avez donc réglé la totalité des frais.
Il vous a été délivré une feuille de soin que devez adresser retourner à votre Organisme obligatoire.
Si vous avez demandé la télétransmission entre votre Organisme obligatoire et Malakoff Humanis, le remboursement des soins sera réalisé sous réserve de production des factures selon le tableau ci-dessus.

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

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

Comment se passe un contrôle médical ?

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

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

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

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

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

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

À l'issue des conclusions :

- nous déciderons si nous vous remboursons ou non les prestations contestées

ou

- nous vous réclamerons les sommes que vous avez perçues par erreur

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

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

Le tiers payant s'applique intégralement :

- sur les paniers de soins optique, dentaire, et aides auditives sans reste à charge

et

- sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale :
  - s'ils sont partenaires de notre opérateur de tiers payant
  - et que l'ensemble des pièces justificatives que nous demandons sont fournies

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

Ensuite, envoyez-nous votre demande avec les justificatifs nécessaires pour être remboursé conformément à la formule de garanties que vous avez choisi.

SPÉCIFICITÉS DU (DES) CONTRAT(S) ET EXCLUSIONS

Nature du (des) contrat(s)

Le contrat socle est « **solidaire »** car le montant de ses cotisations ne dépend pas de votre état de santé.

Il est aussi « **responsable** » car il prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale (y compris pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique), sauf pour :
  - les frais de cure thermale
  - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 %
  - les spécialités et les préparations homéopathiques
- la participation forfaitaire pour les actes lourds et couteux mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique
- les prestations 100 % SANTÉ précisées ci-dessous
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée
- le forfait patient urgence(s)

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

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

et

- le remboursement est **limité à 200 %** de la base de remboursement

Le contrat surcomplémentaire est « **solidaire** » et « **non responsable** ». Il va au-delà des limitations fixées par le contrat responsable.

Dispositif « 100 % Santé »

Le contrat responsable inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».

Vous accédez à une sélection de **lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans aucun reste à charge.**

Que le contrat soit « responsable » ou « non responsable », les définitions liées aux garanties optique, dentaire ou aide auditive s'appliquent.

Optique

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

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

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

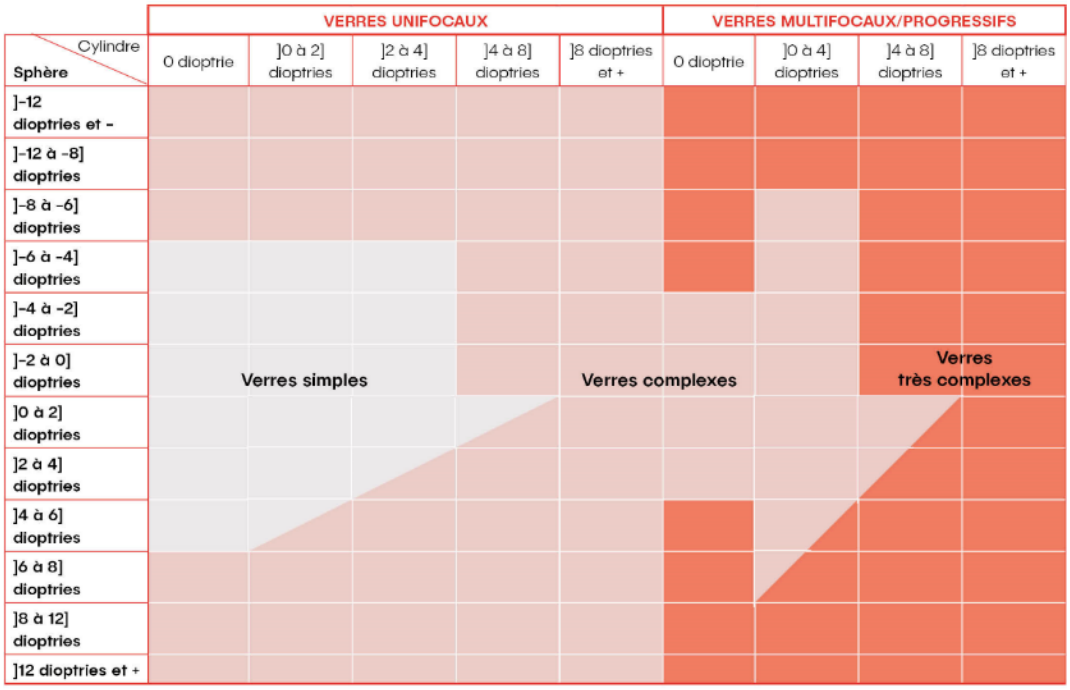
Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

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

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

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

DÉFINITIONS DES VERRES :



QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement de l'équipement est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement.

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	▪ **2 ans** qui suivent la dernière facturation	▪ **1 an** qui suit la dernière facturation ▪ **6 mois** pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	▪ **1 an** pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + 1 monture)	▪ renouvellement de la prise en charge possible **sans délai** pour l'acquisition de verres

Cas d'application de la périodicité dérogatoire	▪ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ▪ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ▪ somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	
Constatation de l'évolution de la vue	▪ soit présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription** médicale et comparaison avec l'ancienne ▪ soit **adaptation de la prescription** médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	▪ sur présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription** médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	▪ **aucun délai** de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	▪ cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	▪ présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription médicale** ophtalmologique avec mention de l'existence d'une **situation médicale particulière**	

Dentaire

3 TYPES DE PROTHÈSES :

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

Aide auditive

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

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

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

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

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

Exclusions et limitations de mes garanties

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

- **conformément à la réglementation la participation forfaitaire, les franchises médicales, la majoration du ticket modérateur qui s'applique hors parcours de soins coordonnés et en cas de refus du patient du transport sanitaire partagé programmé, prévues par le Code de la sécurité sociale**
- **les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties**
- **les soins effectués avant la date de début du contrat souscrit par l'association ou avant la date de début de votre adhésion ou de celle de votre famille**
- **les soins effectués après la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation de vos garanties ou de celle de votre famille**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé**
- **tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement**
  Le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)
- **tout équipement optique composé de verres plans (sans correction), sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale**
- **l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée)**
- **le forfait journalier hospitalier pour les établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (maisons d'accueil spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.)**
- **dans le cadre des chambres particulières :**
  - **les appartements privatifs**
  - **les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants**
- **dans le cadre de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, les produits dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est de 20 % (produits dits « de confort »)**
- **dans le cadre de la parodontologie, les mentions « non pris en charge » (NPC) et « non remboursé » (NR) ne sont pas des codifications de la nomenclature de la Sécurité sociale.**
  À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les actes non-inscrits à la nomenclature mentionnés hors nomenclature (HN)
- **la cigarette électronique**

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

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

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

Vous êtes remboursé :

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

Comment la chambre particulière m'est-elle remboursée ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Fausse déclaration

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

FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE :

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

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous restent acquises.

FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE :

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

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

Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)

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

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

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

Délai maximum des demandes de prestations (prescription)

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

La prescription est également interrompue par :

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

Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation)

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

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

Contact en cas de réclamation ou de médiation

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

La réclamation peut également être adressée comme suit à :

- par mail à reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com
- par courrier à l'adresse : Quatrem, Pôle réclamations, TSA 20002, 78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex
- ou sur votre Espace Assuré. La réclamation sera ensuite reroutée vers l'adresse mail gestionsante@atoutmh.com

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

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

- La Médiation de l'Assurance, TSA 50010, 75441 Paris Cedex 09

ou

- par voie électronique : https://www.mediation-assurance.org

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

Juridiction compétente en cas de conflit

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

Utilisation et protection de mes données personnelles collectées

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

Détails de vos données	**Finalités de vos données** **Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, nous nous engageons à ne pas exploiter vos données et celles de votre famille dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :**	**Catégorie de destinataires de vos données**	**Durée de conservation de vos données**
▪ données **d'identification** ▪ données relatives à **votre situation familiale, à votre vie personnelle, votre santé** ▪ données **économique, patrimoniale et financière, professionnelle** ▪ données relatives à **l'appréciation du risque**	▪ la souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe ▪ l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous et votre famille exprimez ▪ la gestion de vos avis et de ceux de votre famille sur les produits, services ou contenus que nous et nos partenaires proposons ▪ l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ▪ l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de votre non-réidentification ▪ l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à votre inscription sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ▪ la proposition de produits, de services et/ou d'outils qui permettent de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire que nous ou nos partenaires nous vous faisons ▪ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination	▪ nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données ▪ les sous-traitants éventuels ▪ les délégataires de gestion ▪ les intermédiaires d'assurance ▪ les réassureurs et coassureurs ▪ les organismes professionnels habilités ▪ les partenaires ▪ les sociétés extérieures	Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction : ▪ des finalités pour lesquelles les données sont collectées ▪ de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat ▪ de nos obligations légales
▪ données relatives à votre santé : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui des membres de votre famille	▪ la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.	▪ notre service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical ▪ les acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019	▪ des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation

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

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

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

- qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles de votre famille

et

- qui permettent de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et de vous vous informer dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour vos droits et libertés.

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

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

- via notre site internet dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par email à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 9

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

Autorité de contrôle

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

Informations complémentaires

LOI ET LANGUE UTILISÉE :

Nous utilisons la langue française et appliquons la loi française :

- dans notre relation précontractuelle avec vous
- dans notre relation contractuelle avec vous (interprétation et exécution de votre adhésion, etc.)

COMMUNICATION DÉMATÉRIALISÉE :

Nous communiquons avec vous de façon dématérialisée via votre Espace Assuré ou par email pour la gestion de votre adhésion.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier.

La demande peut être adressée comme suit :

- par courrier à : Malakoff Humanis, Atout Santé Courtage, UG 200, TSA 21932, 92894 Nanterre Cedex 9
- par mail : gestionsante@atoutmh.com
- par téléphone : 03 26 79 21 27

ou

- via votre Espace Assuré, à l'adresse https://sante-espaceparticuliers.atoutmh.com

LEXIQUE

VOUS ET VOS INTERLOCUTEURS :

Vous (la personne assurée) : la personne travailleur non salarié (TNS), membre de l'association souscriptrice, qui adhère et qui bénéficie des garanties.

Votre famille / les membres de votre famille (ayants droit) : les autres personnes qui bénéficient des garanties en leur qualité :

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

  Vous ne pouvez inscrire sur votre(vos) contrat(s) votre conjoint travailleur non salarié non-agricole (y compris s'il a le statut de conjoint-collaborateur).

- **d'enfants à charge :**

  vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
  - être âgés de **moins de 21 ans**
  - bénéficier d'un régime de Sécurité sociale
  - être fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint(e), c'est-à-dire pris en compte pour l'application de votre quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que vous ou votre conjoint(e) déduisez fiscalement de votre revenu global

  cette limite d'âge est portée **à 28 ans** pour ceux qui remplissent l'une des conditions suivantes :
  - poursuivre leurs études et ne pas disposer de ressources propres qui proviennent d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)
  - suivre une formation en alternance ou se trouver sous contrat d'apprentissage
  - être inscrits à France Travail (anciennement Pôle emploi) comme primo-demandeurs d'emploi ou effectuer un stage préalablement à l'exercice d'un 1er emploi rémunéré

  Les limites d'âge sont supprimées pour ceux qui bénéficient d'une allocation en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) option « invalidité ».

L'association (souscripteur) : LAFPAC

Association régie par la loi du 1er juillet 1901
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Nous (l'assureur) : QUATREM

Société anonyme au capital de 510 426 261 euros

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Le contrat est régi par le Code des assurances.

L'assisteur santé : AUXIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 1 780 000 euros

Entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Convention n° 75 01 06

DÉFINITIONS :

Accident : toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et qui provient de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à vous-même ou aux membres de votre famille.

Actes : les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures qui définissent les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au certificat d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et qui dispose de l'un des numéros suivants :
  - système d'identification du répertoire des établissements (SIRET)
  - automatisation des listes (ADELI)
  - répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Adhésion : date à partir de laquelle vous bénéficiez des garanties et vous devez payer vos cotisations.

Age : il s'agit de votre âge réel ou de l'âge réel des membres de votre famille à la date de l'adhésion et à la date de sa modification.

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

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

Contrat socle (complémentaire socle) : contrat collectif responsable numéro 0034785 souscrit par l'association qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et éventuellement avant le contrat surcomplémentaire.

Contrat surcomplémentaire (renfort) : contrat collectif non responsable numéro 0034787 souscrit par l'association qui intervient après la Sécurité sociale et le contrat socle.

Dénonciation : faculté de mettre fin à votre adhésion et à celle des éventuels membres de votre famille.

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

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

Forfait patient urgence : forfait dû pour vos passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Franchise : somme déduite par la Sécurité sociale de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : ce montant est calculé ainsi :
[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].

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

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

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

Participations forfaitaires :

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

Nous ne remboursons pas cette participation forfaitaire.

Quantième d'adhésion : jour du mois de votre adhésion.
Par exemple :
- vous adhérez le 05/04/2025
- votre quantième d'adhésion est le 05.

Renonciation : faculté de renoncer à votre adhésion dans les 14 jours de la prise d'effet de celle-ci.

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

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

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

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

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : régime général ou local de Sécurité sociale française dont vous dépendez ainsi que les membres de votre famille.

Sinistre : survenance des soins.

Support durable : tout instrument qui permet à la personne qui utilise des services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique.

Ticket modérateur (TM) : participation aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

Le ticket modérateur est égal à la différence entre la BR et le MR.

Quatrem
Société anonyme au capital de 510 426 261 euros - Entreprise régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Auxia Assistance
Société anonyme au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

Réf : QUA-26046_2407

auxia ASSISTANCE
Groupe malakoff humanis

Ma notice Assistance

Cette notice décrit l'ensemble de mes garanties ainsi que les formalités à accomplir pour bénéficier d'aides pour m'épauler et faciliter mon retour à domicile en cas d'hospitalisation.

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

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

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

Il vous suffit de contacter nos conseillers en téléphonant au :

09 86 86 06 58 (service gratuit + prix appel) Accessible **7 jours sur 7 entre 7h et 20h**

Identifiant à communiquer lors de votre appel : **75 01 06**

Besoin de joindre un médecin rapidement ?

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

Vous pouvez y accéder facilement depuis votre espace client particulier Malakoff Humanis.

Si vous n'avez pas d'espace client particulier Malakoff Humanis, appelez le 09 86 86 00 67 pour être redirigé vers le service de Téléconsultation par visioconférence.

SOMMAIRE

L'OBJET DE L'ASSISTANCE 4
NOUS CONTACTER 4
LES BENEFICIAIRES DE L'ASSISTANCE 4
LA PRESENTATION RAPIDE DES GARANTIES 5
LA DESCRIPTION COMPLEMENTAIRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE 9
LES DEFINITIONS UTILES 15
LE CADRE JURIDIQUE 16
ANNEXE LE SERVICE DE TELECONSULTATION 21

L'OBJET DE L'ASSISTANCE

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux adhérents du contrat d'assurance santé une aide à la personne.

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

AUXIA Assistance est désigné par « Nous » dans cette Convention.

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

NOUS CONTACTER

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. Nous pouvons, en dernier lieu, conseiller le Bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Nos services d'assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement en téléphonant au 09 86 86 06 58 en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée : 75 01 06
- L'identité de l'Assuré (nom, prénom, date de naissance).
- L'identité du Bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).
- L'entreprise employeur de l'Assuré.

Le service d'assistance est accessible 7J/7 de 7h à 20h.

Au cours de l'appel, il est précisé au Bénéficiaire les modalités de mise en œuvre des prestations.

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

LES BENEFICIAIRES DE L'ASSISTANCE

Les personnes qui peuvent bénéficier des garanties d'assistance sont les assurés déclarés du contrat d'assurance santé.

LA PRESENTATION RAPIDE DES GARANTIES

Les tableaux ci-dessous visent à vous permettre de prendre connaissance très rapidement de la liste des garanties prévues en fonction du besoin du Bénéficiaire. Cette présentation étant synthétique, elle ne reprend pas la totalité de ce que vous devez savoir sur le fonctionnement et les limites de chaque garantie. **Il est nécessaire de vous reporter à la description des garanties d'assistance, pour avoir une description complète de nos engagements contractuels.**

Accompagnement médico-social

Les garanties ci-dessous s'appliquent quelle que soit la nature des évènements.

Votre assistance	
Informations santé	• Informations médicales de la vie courante (hors urgence médicale)
Informations et conseils médicaux spécifiques	• Informations sur certaines pathologies invalidantes (maladie d'Alzheimer, Sida, autisme, diabète, etc.) • Accompagnement dans les démarches en cas de perte d'autonomie • Aide à la recherche d'associations de malades, de centres spécialisés, etc.
Informations et conseils obsèques	• Informations utiles aux proches
Informations sociales et administratives	• Informations et aides aux démarches en cas d'hospitalisation • Informations de nature sociale ou administrative • Orientation vers les organismes qualifiés
Recherche de professionnels de santé	• Aide à la recherche d'un médecin • Aide à la recherche et mise en relation avec un(e) infirmier(ère) proche du domicile du Bénéficiaire • Aide à la recherche d'intervenants paramédicaux
Recherche d'une place en milieu hospitalier	• Recherche d'une place dans un service hospitalier public ou privé dans un rayon de 50 km
Livraison de médicaments	En cas d'incapacité du Bénéficiaire (médicalement constatée) à se déplacer : • Livraison de médicaments (organisation hors coût des médicaments)
Transport médical	• Recherche et organisation du transport (ambulance ou véhicule sanitaire léger) vers un établissement de soins • Frais de transport à la charge du Bénéficiaire

Hospitalisation programmée (y compris ambulatoire) quelle que soit la durée

Les garanties ci-dessous s'appliquent quelle que soit la durée de l'évènement à partir du 1er jour d'hospitalisation.

Votre assistance	
Aide-ménagère	• 15 heures max réparties sur 1 mois
Prise en charge des enfants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour la venue d'un proche • ou Transfert de(s) enfant(s) chez un proche • ou Garde à domicile : 15 heures max réparties sur 1 mois
Conduite de l'enfant à l'école ou aux activités extra-scolaires	• 2 fois par jour et 5 jours max sur 1 mois

Hospitalisation imprévue (y compris ambulatoire) quelle que soit la durée

Les garanties ci-dessous s'appliquent quelle que soit la durée de l'évènement à partir du 1er jour d'hospitalisation.

Votre assistance	
Aide-ménagère	• 30 heures max réparties sur 1 mois
Prise en charge des enfants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour permettre à un proche de s'occuper des enfants • ou Transfert de(s) enfant(s) chez un proche • ou Garde à domicile : 15 heures max réparties sur 1 mois
Conduite de l'enfant à l'école ou aux activités extra-scolaires	• 2 fois par jour et 5 jours max sur 1 mois
Prise en charge des ascendants dépendants	• Billet aller-retour France pour la venue d'un proche ou le transfert de l'ascendant chez un proche • ou Garde à domicile : 30 heures max réparties sur 1 mois
Présence d'un proche	• Billet aller-retour France pour permettre à un proche de venir auprès du Bénéficiaire • Hébergement : 2 nuits max ou 92€TTC max, petit-déjeuner inclus
Garde des animaux domestiques familiers (chien / chat)	• 30 jours max

Retour au domicile après une hospitalisation imprévue

Votre assistance	
Appel de lendemain	• S'assurer de l'absence de problème à la suite de l'intervention ou du traitement prescrit
Aide au déplacement en cas d'examens médicaux	• Organisation du transport aller-retour (ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi) et prise en charge : rayon de 50Km, 100€ max et sur justificatif
Bilan de vie (sur appel téléphonique)	• En cas d'immobilisation de plus de 14 jours : • Évaluation du contexte de vie, de la gravité de l'affection, de l'incidence sur la qualité de vie et des capacités psychiques et physiques de gestion du quotidien • Propositions d'amélioration et d'accompagnement (organisation du maintien à domicile, nature des interventions et leur fréquence, demande d'aides et allocations, etc.)
Écoute des proches	• Mise en relation avec un psychologue et prise en charge d'une consultation (entretien téléphonique) dans les 2 semaines qui suivent l'hospitalisation • Mise en relation avec un psychologue proche du domicile (hors frais de consultation)

Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs

Les garanties ci-dessous s'appliquent dès le 1er jour d'immobilisation.

Votre assistance	
Aide-ménagère et/ou Auxiliaire de vie	• 30 heures max de l'une et/ou l'autre prestations réparties sur 1 mois
La venue d'un proche	• Billet aller-retour France pour permettre à un proche de venir auprès du Bénéficiaire • Hébergement : 2 nuits max ou 92€ TTC max, petit-déjeuner inclus
Prise en charge des enfants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour permettre à un proche de s'occuper des enfants • ou Transfert de(s) enfant(s) chez un proche • ou Garde : 15 heures max réparties sur 1 mois
Conduite de l'enfant à l'école ou aux activités extra-scolaires	• 2 fois par jour et 5 jours max sur 1 mois
Garde des animaux domestiques familiers (chien / chat)	• 30 jours max
Prise en charge des ascendants dépendants	• Billet aller-retour France pour la venue d'un proche • ou le transfert de l'ascendant chez un proche • ou Garde à domicile : 30h max réparties sur 1 mois

Immobilisation imprévue d'un enfant pendant plus de 2 jours consécutifs

Les garanties ci-dessous s'appliquent dès le 1er jour d'immobilisation.

Votre assistance	
La venue d'un proche	• Billet aller-retour France pour permettre à un proche de venir auprès du Bénéficiaire • Hébergement : 2 nuits max ou 92€ TTC max, petit-déjeuner inclus
Garde à domicile	• 30 heures max sur 1 mois
Soutien scolaire à domicile	*En cas d'immobilisation supérieure à 14 jours consécutifs :* • 3 heures /jour ouvrable max et 15h par semaine max hors vacances scolaires jusqu'à la reprise des cours ou à la fin de l'année scolaire

Assistance Maternité pour la Bénéficiaire

Votre assistance	
Avant l'accouchement Recherche d'une sage-femme	• Mise en relation avec une sage-femme proche du domicile
Après l'accouchement Aide aux soins du bébé	• Visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile • 8 heures max dans la semaine (5 jours ouvrés) qui suit la sortie de maternité
Après l'accouchement Soutien en cas d'épuisement psychologique	• Mise en relation avec un psychologue et prise en charge des consultations ; 3 entretiens téléphoniques max dans les 2 semaines qui suivent la sortie de la maternité • Mise en relation avec un psychologue proche du domicile ; frais de consultation à la charge de la Bénéficiaire

Traitement médical du cancer

Les garanties ci-dessous s'appliquent quel que soit le protocole de soins (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie ou de curiethérapie) sur toute la durée du protocole.

Votre assistance	
Aide-ménagère / Auxiliaire de vie	• 30 heures max de l'une et/ou l'autre prestations
Prise en charge des enfants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour permettre à un proche de s'occuper des enfants • Ou transfert de(s) enfant(s) chez un proche • Ou garde à domicile : 30 heures max réparties sur 1 mois
Conduite de l'enfant à l'école ou aux activités extra-scolaires	• 2 fois par jour et 5 jours max

Soutien pour l'aidant

Votre assistance	
Aide à la recherche de centres spécialisés	• Aide à la recherche de centres spécialisés (maisons de retraite, maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins, centres spécialisés Alzheimer, etc.) • Proposition détaillée de 3 établissements susceptibles de répondre aux exigences
Recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire	• Aide à la recherche et proposition d'une sélection de centres d'accueil temporaire (centres de court séjour ou d'accueil de jour) • Organisation du transport de l'assuré dépendant vers l'établissement choisi ; pas de prise en charge de la prestation
Soutien en cas d'épuisement psychologique	• Mise en relation avec une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste et prise en charge - 3 entretiens téléphoniques max de 30 minutes par année civile • Service téléphonique d'informations médicales (santé au quotidien, prévention, examens médicaux, etc.)

Aide dédiée aux personnes en situation de handicap

Votre assistance	
Transfert et garde du chien guide	*En cas d'hospitalisation imprévue avec une nuitée ou d'immobilisation imprévue pendant 2 jours consécutifs ou de décès du Bénéficiaire :* • Organisation et prise en charge du transport et/ou de l'hébergement du chien guide au domicile du Bénéficiaire - 30 jours max
Aide au déplacement en cas de visites médicales	*En cas d'immobilisation imprévue de l'accompagnateur pendant plus de 2 jours :* • Organisation du transport aller-retour dans un véhicule adapté et prise en charge : rayon de 50 km, 5 allers-retours max
Informations et démarches administratives	• Information, conseil et orientation (organismes sociaux, droits aux allocations, aides alimentaires, procuration) • En cas d'impossibilité matérielle et physique d'assumer une démarche administrative et/ou médicale, mise à disposition d'une personne pour exécuter la démarche adéquate : dans un rayon de 50Km en France métropolitaine ou principauté de Monaco

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires

Les garanties ci-dessous s'appliquent à compter de la date de décès.

Votre assistance	
Aide-ménagère	• 30 heures max réparties sur 1 mois
Prise en charge des enfants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour la venue d'un proche • Ou transfert de(s) enfant(s) chez un proche • Ou garde à domicile : 30 heures max réparties sur 1 mois
Conduite de l'enfant à l'école ou aux activités extra-scolaires	• 2 fois par jour et 5 jours max sur 1 mois
Garde des animaux domestiques familiers (chiens et chats)	• 30 jours max
Prise en charge des ascendants dépendants	• Billet aller-retour France métropolitaine pour la venue d'un proche • Ou transfert de l'ascendant chez un proche • Ou garde : 30h max réparties sur 1 mois

LA DESCRIPTION COMPLEMENTAIRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Prise de contact

Nous communiquons par téléphone. Les prises de contact se font toujours à la demande du Bénéficiaire et, dans certains cas, de l'assuré aidant.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train (billet de première classe) ou par avion (classe économique).

Les garanties d'assistance

Informations santé

Nous vous communiquons des informations médicales de la vie courante : le calendrier vaccinal, les maladies et les risques qui y sont liés, les médicaments et leurs effets secondaires, la prévention, la diététique, les structures médicales, les associations de malades, les problèmes d'alcool, de poids, le tabagisme, la préparation aux voyages.

Informations et conseils médicaux spécifiques

Nous vous informons sur les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, le Sida, l'autisme, les allergies, le diabète, la paraplégie. L'Assisteur peut également vous guider dans les démarches en situation de perte d'autonomie : comment faire face, à qui s'adresser, les démarches pour trouver un établissement.

L'Assisteur vous renseigne sur les traitements et leurs effets secondaires, les évolutions possibles des maladies, les risques pour l'entourage et vous fournira une aide dans vos recherches : associations de malades, centres spécialisés…

Informations et aide aux démarches à effectuer en cas d'hospitalisation

Nous vous informons sur les formalités et les démarches à effectuer auprès de l'établissement de santé, de votre employeur, de la Sécurité sociale mais aussi de tout autre organisme de prévoyance auquel vous seriez affilié.

Informations sociales et administratives

Nous vous informons sur toute demande de nature sociale ou administrative et nous vous orientons si besoin vers les organismes qualifiés.

Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap.

Après la naissance

Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles la Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession.

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils post naissance : les troubles et maux post partum, l'alimentation et l'allaitement, l'organisation lors du retour à la maison, les soins du nourrisson au quotidien, les structures pédiatriques, le calendrier vaccinal.

Informations téléphoniques décès

Nous vous informons sur les sujets suivants :

- Les informations utiles aux proches vivants au domicile : l'organisation générale des obsèques, comment s'organiser, comment financer ses obsèques, la crémation, l'inhumation, la concession, la cérémonie civile ou religieuse.
- La règlementation funéraire, la réglementation des cimetières.
- Les démarches et formalités liées au décès.
- Les prestations et fournitures funéraires.
- Le don d'organes, le don du corps à la science.

Aide à la recherche de professionnels de santé

Vous avez besoin d'un médecin

Votre médecin traitant n'est pas disponible et vous n'êtes pas dans une situation médicale d'urgence. Nous vous aidons à trouver un médecin.

Le transport (aller-retour) jusqu'au lieu de la consultation et le coût de la consultation restent à votre charge.

Vous avez besoin d'une infirmière

Vous avez une prescription médicale ; nous vous aidons à trouver une infirmière à domicile.

Les frais de déplacement de l'infirmière et le coût des actes restent à votre charge.

Vous avez besoin d'une sage-femme

Sur simple appel téléphonique, nous vous mettons en relation si besoin avec une sage-femme proche de votre domicile.

Aide à la recherche d'une place en milieu hospitalier

Sur demande du Bénéficiaire et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités et dans les meilleurs délais, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du domicile du Bénéficiaire.

Aide à la recherche de centres spécialisés

À la demande de l'assuré aidant, nous mettons à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres spécialisés tels que : les maisons de retraite, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les résidences service, les centres de soins, les centres spécialisés Alzheimer, …

Nous vous communiquons la liste des 3 établissements susceptibles de répondre au mieux à vos besoins, et nous vous fournissons toute information nécessaire concernant les prix, les délais d'attente, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.

Aide à la recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire

À la demande de l'aidant, nous mettons à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres d'accueil temporaires tels que : les centres de court séjour, les centres d'accueil de jour. Après sélection du centre approprié par l'adhérent, nous organisons le transport de l'assuré dépendant vers l'établissement choisi.

Nous ne prenons pas en charge le coût de la prestation.

Bilan de vie

À la suite d'une hospitalisation imprévue et si le Bénéficiaire est immobilisé plus de 14 jours consécutifs, sur simple appel téléphonique, le Bénéficiaire peut nous demander d'effectuer un bilan de vie.

Ce bilan apprécie le contexte dans lequel évolue la personne (son environnement familial et social, les ressources financières dont elle dispose, ses habitudes de vie…), la gravité de son affection et son incidence sur la qualité de vie. Il comporte une évaluation des capacités psychiques et physiques de gestion du quotidien de la personne pour les activités de soins personnels, domestiques et ménagères, de loisirs, de vie sociale, de conduite automobile…

À l'issue de ce bilan, nous présentons par téléphone au Bénéficiaire ou à son proche les conclusions pour l'aider à :

- organiser au mieux son maintien à domicile,
- identifier la nature des interventions, la fréquence, la durée en fonction de l'environnement et du budget,
- établir et demander les aides et allocations auxquelles il peut prétendre.

Livraison de médicaments

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

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

Pour bénéficier du service de livraison :

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

Le coût des médicaments reste à votre charge.

Soutien psychologique

Appel du lendemain

Le service médical de l'Assisteur contacte le Bénéficiaire, à sa demande, le lendemain de son retour prévu à domicile pour l'accompagner et le conseiller à la suite de l'intervention ou du traitement prescrit.

Écoute des proches

Nous mettons les proches en relation avec un psychologue clinicien. Nous prenons en charge cet entretien téléphonique.

Nous pouvons également vous mettre en relation avec un psychologue proche de votre domicile. Les frais de consultation sont alors à votre charge.

Soutien en cas d'épuisement psychologique

Nous organisons et prenons en charge une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste.

Nous proposons un service téléphonique d'informations médicales : santé au quotidien, informations médicales relatives à la perte d'autonomie et au grand âge, hygiène de vie, aménagement de l'habitat, pathologies, informations, prévention des maladies graves, techniques nouvelles, examens médicaux, médicaments.

Post-naissance

Nous mettons la mère de l'enfant en relation avec un psychologue clinicien dans les 2 semaines qui suivent la sortie de maternité. Nous prenons en charge les entretiens téléphoniques prévus dans la présentation simplifiée des garanties.

Nous nous chargeons également, si vous le souhaitez, de mettre la mère de l'enfant en relation avec un psychologue proche de son domicile. Les frais de consultation sont alors à la charge de la Bénéficiaire. Cette mise en relation ne vaut pas recommandation d'AUXIA Assistance.

Soutien à domicile

Aide-ménagère

Nous missionnons un prestataire pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque prestation dure au minimum 2 heures.

Aide aux soins du bébé

Nous prenons en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile du Bénéficiaire à concurrence de 8 heures au maximum dans la semaine (5 jours ouvrés) qui suit la sortie de maternité pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé du bébé.

Garde des animaux domestiques

Nous prenons en charge les services d'un « pet sitter » pour les soins quotidiens de votre chien ou de votre chat à domicile.

Cette prestation recouvre :

- la préparation et la mise à disposition de nourriture,
- le changement de litière,
- le brossage,
- la promenade.

Ne sont pas inclus dans la prestation :

- la garde de plus de trois animaux,
- l'achat du matériel et de la nourriture,
- le toilettage par un professionnel,
- les soins vétérinaires.

Vous pourrez demander jusqu'à trois passages par jour.

La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent l'événement ouvrant droit à la garantie.

Les services du « pet sitter » sont mis en œuvre si toutes les conditions sont réunies :

- **le « pet sitter » a accès aux clés et/ou au code d'accès de l'habitation,**
- **les animaux ne sont pas des chiens de 1ère et 2e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural,**
- **les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,**
- **les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). Ils ont un passeport européen et un carnet de santé.**

Prise en charge des ascendants dépendants

Nous organisons, à compter de l'événement qui déclenche la garantie, **l'une des garanties** suivantes au profit de l'ascendant dépendant :

- la venue d'un proche : le déplacement aller et retour en France Métropolitaine d'un proche, désigné par le Bénéficiaire, susceptible de s'occuper de l'ascendant au domicile,
- ou le transfert chez un proche : le déplacement aller et retour des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par l'assuré,
- ou la garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie : dans le cas où un proche du Bénéficiaire ne peut s'occuper du parent dépendant, nous missionnons un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant, (dans les limites prévues dans la présentation simplifiée des garanties). La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures.

Prise en charge des enfants

Le Bénéficiaire peut nous demander de mettre en œuvre **l'une des garanties** ci-dessous :

- la venue d'un proche : nous organisons et prenons en charge le transport aller-retour d'un proche (uniquement du parent dans le cas d'un petit enfant) résidant en France Métropolitaine, pour s'occuper des enfants, au domicile du Bénéficiaire,
- ou le transfert des enfants : dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du Bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge le transport aller-retour des enfants chez un proche (uniquement chez un des parents dans le cas du petit enfant) résidant en France Métropolitaine,
- ou la garde au domicile : lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, nous missionnons un intervenant autorisé par les parents.

Le Bénéficiaire peut également obtenir l'aide suivante pour ses enfants :

- La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires
  Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, nous organisons et prenons en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans les conditions prévues dans la présentation simplifiée des garanties.
- Soutien scolaire à domicile

  Nous prenons charge un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique de l'enfant, jusqu'à ce qu'il puisse reprendre l'école.

  Il s'agit de cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile. Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'enfant le programme à étudier. Cette garantie est accordée pendant l'année scolaire en cours pour les enfants inscrits en primaire ou en secondaire.
  Elle cesse dès que l'enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de le l'année scolaire.
- Répétiteur scolaire
  La personne missionnée au domicile de l'enfant Bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Nous intervenons à la demande des parents. AUXIA Assistance ne peut être tenu responsable des évènements pouvant survenir pendant les cours.

Venue d'un proche au chevet

Nous organisons et prenons en charge le transport aller-retour d'un proche du Bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour de l'événement provoquant la mise en œuvre de la garantie.

Aucune autre solution d'hébergement que celle prévue dans la présentation simplifiée des garanties ne sera prise en charge.

Transport en ambulance

Hors urgence médicale, nous organisons, sur prescription médicale, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, nous organisons son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du Bénéficiaire.

Transport pour examens médicaux

À la suite de l'hospitalisation imprévue de plus de 2 nuits, si le Bénéficiaire doit se déplacer pour passer des examens médicaux nous organisons le transport. Nous prenons en charge ce transport dans la limite de 100 € en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel le Bénéficiaire est affilié.

Aide dédiée aux personnes en situation de handicap

- Transfert et garde du chien guide : nous organisons et prenons en charge le transport et/ou l'hébergement du chien guide au domicile du Bénéficiaire.
- Aide au déplacement en cas de visite médicale : nous organisons et prenons en charge ce transport dans la limite des disponibilités locales.

Démarches administratives

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 nuits consécutives d'un patient Bénéficiaire ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours consécutifs, nous pouvons sur demande vous renseigner et vous orienter sur les sujets suivants : organismes sociaux, droits aux allocations, aides alimentaires, procuration.

Si le Bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle et physique d'assumer lui-même une démarche administrative et/ou médicale, nous mettons à sa disposition une personne pour exécuter la démarche adéquate. Ces démarches ne peuvent en aucun cas consister en un échange monétaire. Cette garantie est limitée dans un rayon de 50 km du domicile.

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

AUXIA Assistance ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, ni de l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.

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

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

Pour les prestations qui concernent les Enfants :

- la personne missionnée au domicile de l'Enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent,
- nous intervenons à la demande des parents. AUXIA Assistance ne peut être tenu responsable des évènements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés,
- la conduite à l'école et aux activités extrascolaires est cumulable avec une autre des trois garanties.

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

LES DEFINITIONS UTILES

Aidant	L'Aidant est l'Assuré qui aide un proche en état de perte d'autonomie (l'Aidé) de manière régulière et fréquente dans sa vie quotidienne. L'Aidant intervient à titre non professionnel. Il n'est pas rémunéré pour cette charge.
Ascendant à charge ou vivant au domicile	Tout ascendant de l'assuré (parents, beaux-parents et grands-parents) à charge ou vivant au domicile et en État de perte d'autonomie.
Besoin de répit	État de l'aidant le rendant momentanément incapable d'assumer sa charge. Il existe deux répits : d'urgence et programmé. Il peut être consécutif à : • une maladie imprévue de l'adhérent le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable, • une immobilisation imprévue de l'adhérent le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable, • un état d'épuisement psychologique et physique de l'adhérent justifiant un besoin de répit. Cet état est évalué par l'équipe médicale de l'Assisteur sur la base d'un entretien avec l'adhérent, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical et de prendre contact avec son médecin traitant.
Domicile	Lieu de résidence principale du Bénéficiaire en France Métropolitaine et dans la principauté de Monaco.
État de perte d'autonomie	L'état de perte d'autonomie reconnu au titre des garanties d'assistance, se caractérise par la situation définie ci-dessous. Cet état doit être consolidé et permanent et être reconnu par le médecin traitant qui délivre une attestation de perte d'autonomie. Est considéré comme étant en état de perte d'autonomie au titre des garanties d'assistance, l'ascendant satisfaisant à l'une des conditions suivantes : être reconnu en situation de perte d'autonomie selon la grille AGGIR dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3 : • Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants, • Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : – d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des actes de la vie courante, – d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices, • Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
Immobilisation imprévue au domicile	Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du Bénéficiaire de se déplacer.
Hospitalisation imprévue	Tout séjour imprévu dans un établissement de soins consécutif à un accident ou à une maladie, prescrit en urgence par un médecin.
Hospitalisation programmée	Tout séjour dans un établissement de soins ou toute hospitalisation à domicile. L'hospitalisation est prescrite par un médecin en dehors d'une situation d'urgence.

Personne en situation de handicap (enfant et adulte)	Les personnes victimes de toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans leur environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. La personne bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes handicapés ou est titulaire de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

LE CADRE JURIDIQUE

Nous intervenons dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA Assistance sont prises en charge.

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

Validité des garanties

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance santé.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'au premier des termes suivants :

- La date à laquelle l'Assuré quitte les effectifs assurés de l'entreprise employeur (sauf en cas de souscription individuelle),
- La date à laquelle le contrat d'assistance Santé souscrit et ouvrant droit aux garanties d'assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives

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

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

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

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France Métropolitaine et en Principauté de Monaco et pour des prestations fournies sur le même territoire.

Conditions restrictives d'application

Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE

Circonstances exceptionnelles

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

Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance d'AUXIA Assistance. AUXIA Assistance réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

Subrogation

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

Déchéance des garanties

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

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

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

Cas d'exclusion

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

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA Assistance,
- Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R.234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense.

Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

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

Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

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

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

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Loi informatique et libertés

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

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

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Personnes concernées ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Les Personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

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

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet https://www.cnil.fr/fr/agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.
Les Personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Traitement des réclamations et demandes clients

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.
La réclamation peut également être adressée :

- par mail à : info@auxia.com;
- par courrier à l'adresse du service :

AUXIA ASSISTANCE
Direction du service client
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.
Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de L'Assurance
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.
À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

ANNEXE LE SERVICE DE TELECONSULTATION

MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS GÉNERALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – JUILLET 2023

L'OBJET DE LA TELECONSULTATION

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

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

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

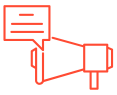
AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est une société du groupe Malakoff Humanis.

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

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

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



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

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

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

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

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

LE BENEFICIAIRE DE LA TELECONSULTATION

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

LA DESCRIPTION DU SERVICE ET DES MODALITES

Conditions d'accès au Service

Accessibilité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Précision sur le Bénéficiaire

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

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

Les outils nécessaires à l'utilisation du Service de téléconsultation

Le Service requiert :

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

Précision sur l'usage

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

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

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

Accès au service de téléconsultation médicale

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

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

Création et gestion du compte utilisateur sur le Site

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

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

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

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

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

Précision sur les données saisies

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

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

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

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

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

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

Téléconsultation médicale

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

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

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

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

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

Restrictions d'accès au service de téléconsultation

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

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

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

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

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

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

- Par email à : dpo@cegedim-sante.com
- Par courrier postal à : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

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

LES DEFINITIONS UTILES

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

« CGU »	désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.
« Contenu »	désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.
« Données de santé »	désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des Données personnelles de santé.
« Données personnelles »	désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de

	Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.
« Médecin »	désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, et missionné par l'Opérateur de Service pour la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.
« Prescription médicale »	désigne les formulations par le Médecin concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du code de la santé publique.
« Professionnel de santé »	désigne les Infirmier(e) diplômé d'Etat ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives.
« Réglementation »	désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
« Responsable de traitement »	désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.
« Service »	désigne le service de téléconsultation médicale.
« Site »	désigne le Site Internet accessible permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.

LE CADRE JURIDIQUE

Responsabilité

Responsabilité du Bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

Responsabilité de l'Opérateur de Service et de l'Assisteur

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

Responsabilité et déontologie des professionnels de santé

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

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

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

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

Force majeure

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

Secret médical

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

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

Les Données de santé communiquées par le Bénéficiaire sont destinées exclusivement :

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

Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

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

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

Le Bénéficiaire est informé que conformément à l'article 17 du RGPD et afin de permettre à TBNO de se défendre en cas de litige, les données générées par l'utilisation des Services seront conservées dans un délai de 5 ans à compter de la clôture du compte. En revanche, les données de santé du patient sont conservées pendant la durée demandée par le Responsable de Traitement.

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

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

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

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

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

- Par email à : dpo@cegedim-sante.com
- Par courrier postal à : : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le Bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le Bénéficiaire est invité à consulter la politique de protection des Données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le Site.

L'Opérateur de Service met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du Bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux Bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification,
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre Bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles,
- d'avertir l'Opérateur de Service de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les Bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service.

L'Opérateur de Service ne saurait être tenu responsable des contraintes techniques qui ne sont pas sous son contrôle et sa responsabilité.

Convention de preuve

Le Bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des Données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur de Service, le Bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur de Service dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le Bénéficiaire est informé et reconnait que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le Bénéficiaire est informé et reconnait que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin généraliste, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de Prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, et manifeste l'accord du Médecin généraliste en caractérisant sa preuve.

Documents contractuels

Les CGU ainsi que la politique de protection des Données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

Entrée en vigueur et acceptation des CGU

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter 1er janvier 2024 et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que l'utilisation du Service emporte acceptation des présentes CGU et des règles d'accès au Site.

Le Bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site ainsi que la politique de protection des Données personnelles associée.

Auxia Assistance et l'Opérateur de Service se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis.

Résiliation de l'accès au service de téléconsultation

Le Bénéficiaire accepte que l'Opérateur de Service résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur. Sans limitation de ce qui précède, sont susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du Bénéficiaire au Service de téléconsultation :

- Les infractions ou violations des présentes CGU ;
- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;
- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif du Bénéficiaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance du Bénéficiaire lui permettant d'accéder au Service de téléconsultation médicale, l'accès au Service cessera à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance susvisé.

Une fois le Service résilié, le Bénéficiaire conservera un accès au Site. Il pourra ainsi retrouver l'historique de son activité sur le Site dans la limite des délais de conservation (prise de rdv, téléconsultation sans RDV, documents).

Information et réclamation

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service et aux présentes CGU doit être adressée par courrier postal à :

TBNO INVEST
137 rue d'Aguesseau
92100 Boulogne Billancourt

Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Loi applicable et attribution de juridiction

Tout litige relatif au Service sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi CGU sont soumises à la loi française.

AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
21 rue Laffitte – 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris

AUX-25573_2403