

MGI

REGLEMENT MUTUALISTE 2024

FRAIS DE SOINS DE SANTE

GARANTIES CHROMA SANTE

INDIVIDUEL EN COMPLEMENT DE COLLECTIF

V20231124

Contenu

TITRE I – GENERALITES.....	4
Article 1 – Objet.....	4
Article 2 – Elaboration et Révision du règlement mutualiste	4
Article 3 – Entrée en vigueur	4
TITRE II – ADHESION : CONDITIONS- MODALITES- DUREE	4
Article 4 – Membres participants et Ayants droits	4
Article 5 – Conditions d’adhésion, Date d’effet, Durée, Renouvellement.....	5
5.1 Conditions d’adhésion – Information précontractuelle	5
5-2 Date d’effet de l’adhésion et date d’effet des garanties	6
5-3 Durée et Renouvellement de l’adhésion.....	6
5-4 Modalités de dénonciation ou de résiliation.....	6
5-5 Choix et Modification du niveau de garantie	7
5-6 Affiliation et radiation des ayants droits	7
5-6 Fin des garanties	7
Article 6 - Délai de renonciation	7
Article 7 – Résiliation de l’adhésion.....	8
7-1 A la demande du membre participant dans les cas suivants :.....	8
7-2 A la demande de la mutuelle dans les cas suivants :	8
7-3 A la demande du membre participant ou de la mutuelle	8
Article 8 Réticence, fausse déclaration, déclaration inexacte, omission	9
8-1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle	9
8-2 Déclaration inexacte, omission.....	9
TITRE III – GARANTIES DE LA MUTUELLE	9
Article 9 Garanties frais de soins de santé	9
9-1 Conditions d’ouverture des droits – Fait générateur.....	10
9-2 Remboursements – Délais d’attente	10
9-3 Exclusions et limitations de garanties	10
9-4 Soins engagés hors de France métropolitaine.....	11
Article 10 - Garantie Assistance.....	11
Article 11 – Correspondances avec les Membres Participants	12
TITRE IV – LES COTISATIONS.....	12
Article 12 - Montant des cotisations.....	12

Article 13 - Paiement des cotisations.....	12
Article 14 - Non-paiement des cotisations	12
Article 15 - Révision des cotisations	13
TITRE V – LES PRESTATIONS	13
Article 16 - Conditions de versement des prestations.....	13
16-1 Déclaration de sinistre	13
16-2 Forclusion- Déchéance	13
16-3 Délai de versement des prestations.....	14
16.4 Contrôles Médicaux.....	14
Article 17 - Relations clients	14
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	14
Article 18 - Prescription.....	14
Article 19 - Recours subrogatoire	15
Article 20 - Loi informatique et libertés	15
Article 21 - Loi et langue applicable.....	15
Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent.....	16
22-1 Réclamations	16
22-2 Médiation	16
22-3 Tribunal compétent.....	16
Article 23 - Autorité de contrôle.....	16
ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL EN COMPLEMENT DE COLLECTIF	17
ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE	22
ANNEXE 3 – RATIOS REGLEMENTAIRES	23
ANNEXE 4 – PRESTATIONS D’ASSISTANCE – LOURMEL ASSISTANCE.....	24

TITRE I – GENERALITES

Article 1 – Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle Générale Interprofessionnelle (dite MGI), sise à Paris 15ème, 108 rue de Lourmel (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 437 994 205). Il définit notamment les prestations et les cotisations, et ceci pour les garanties «Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif», couvertes par la MGI dans le cadre du présent règlement mutualiste.

Ce règlement mutualiste est établi conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 – Elaboration et Révision du règlement mutualiste

Pour les opérations individuelles le conseil d'administration élabore le règlement mutualiste en tenant compte des règles générales fixées par l'assemblée générale et lui rend compte chaque année.

Le présent règlement a été approuvé par le conseil d'administration de la MGI et peut faire l'objet de révisions par le conseil d'administration de la MGI en application des dispositions statutaires. Toute modification doit être portée à la connaissance de chaque Membre Participant. Un Membre Participant dispose d'un délai de 10 jours après réception des modifications s'il veut, compte tenu de ces modifications, résilier son adhésion au règlement mutualiste en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la MGI.

Article 3 – Entrée en vigueur

Les dispositions du présent règlement s'appliquent à compter du 1er janvier 2024.

TITRE II – ADHESION : CONDITIONS- MODALITES- DUREE

Article 4 – Membres participants et Ayants droits

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne affiliée à un régime de base obligatoire maladie de la Sécurité sociale française et dont le domicile principal est situé sur le territoire français.

Les Membres participants sont des personnes physiques, âgés au minimum de 16 ans, qui ont fait acte d'adhésion à la Mutuelle, versent une cotisation et bénéficient et peuvent faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- le conjoint, le concubin ou la personne liée par un PACS. Dans les deux derniers cas ils devront justifier d'une vie commune d'au moins deux ans.
- les enfants à charge

Est considéré comme enfant à charge l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par PACS ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du Participant, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 16 ans et bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans et justifiant au moins d'une des dispositions suivantes :
 - de poursuivre ses d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance,
 - d'être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
 - d'être volontaire en service civique (article L. 120-1 du code du service national, introduit par la loi du 10 mars 2010 relative au Service Civique),
 - d'être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à POLE EMPLOI. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.

- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 21 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,
- quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

Est également considéré comme enfant à charge l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, pour lequel le participant verse une pension alimentaire.

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

Les ayants droit bénéficient de garanties identiques à celles souscrites par le membre participant.

Toutes les opérations financières entre la Mutuelle et un assuré doivent obligatoirement être réalisées à partir et vers un compte bancaire domicilié zone SEPA. Elles sont obligatoirement faites en euros.

Article 5 – Conditions d'adhésion, Date d'effet, Durée, Renouvellement

5.1 Conditions d'adhésion – Information précontractuelle

Les garanties « Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif » sont réservées aux salariés d'une personne morale ayant souscrit un contrat collectif frais de soins de santé « Chroma Santé Collectif » auprès de la MGI, dans la mesure où ces mêmes salariés sont affiliés à ce même contrat collectif.

Pour adhérer au règlement, le membre participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion en précisant les ayants droit qui seront assurés ainsi que les garanties choisies et le niveau de garanties choisi.

Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit être accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires demandées par la Mutuelle qui sont les suivantes :

- la photocopie d'une pièce d'identité valide du membre,
- l'attestation de la carte vitale valide à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro de Sécurité sociale,
- l'autorisation de prélèvement SEPA dûment complétée
- un relevé d'identité bancaire ou postal.

Outre ces justificatifs, dans le cas d'une affiliation de conjoint (concubin ou PACSE) ou d'enfant à charge, simultanée ou postérieure à celle du membre, il est nécessaire de fournir les pièces suivantes :

- une copie du livret de famille ou de l'attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité (PACS), ou une attestation de vie maritale et de domicile commun,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 28 ans,
- un certificat d'apprentissage, d'alternance, de service civique pour les enfants à charge concernés âgés de moins de 28 ans,
- un justificatif d'emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation pour les enfants à charge concernés âgés de moins de 28 ans,
- un justificatif d'inscription à pôle Emploi pour les enfants de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi
- une carte d'invalidité pour les enfants à charge infirmes de moins de 21 ans.
- un justificatif d'allocation d'adulte handicapé pour les personnes concernées

La déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires affiliés au contrat.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le présent règlement Mutualiste conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

La MGI remet au Membre Participant ou futur Membre Participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts de la MGI, le présent règlement Mutualiste « MGI – Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif » et un document d'information standardisé. En cas de vente à distance sont aussi remises au Membre Participant les informations précontractuelles obligatoires (article L.221-18 du Code de la Mutualité).

Une fiche d'information et de conseil est aussi remise au Membre participant préalablement à toute adhésion comprenant notamment le type de rémunération versée au distributeur.

Les documents remis au Membre Participant avant la signature du bulletin d'adhésion le sont sous format papier.

Ces documents peuvent aussi être remis sur un support durable autre que le papier si le Membre Participant a choisi ce mode de communication après avoir eu le choix entre un support papier et un support durable. Le Membre Participant peut à tout moment s'opposer à l'utilisation du support durable et demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de ses relations contractuelles avec la Mutuelle.

La MGI peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou de son Conjoint.

En application de l'article L223-1 du code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr.

5-2 Date d'effet de l'adhésion et date d'effet des garanties

L'adhésion prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives nécessaires telles que mentionnées à l'article 5-1 ci-dessus, ou le premier jour d'un mois postérieur si cela a été demandé sur le bulletin d'adhésion.

La mutuelle émet et transmet au membre participant un certificat d'adhésion mentionnant la date d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet des garanties.

Seule la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet des garanties figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

La garantie est accordée immédiatement à compter de la date de prise d'effet des garanties sauf pour certains actes assortis de délais d'attente selon les dispositions de l'article 9.1.

L'affiliation d'un ayant droit prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande d'affiliation par la mutuelle. En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, l'affiliation de celui-ci prend effet le 1^{er} jour du mois civil du mois de réception de la demande d'affiliation.

5-3 Durée et Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion se renouvelle ensuite, au 1er janvier, par tacite reconduction, sauf si le membre participant a manifesté sa volonté d'y mettre fin.

Pour la première année d'adhésion, la résiliation peut intervenir à la date d'échéance, soit le 31 décembre minuit, moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation doit être notifiée avant le 31 octobre à la mutuelle selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-après.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de son adhésion à la mutuelle, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant (cette dénonciation étant notifiée à la mutuelle selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-après).

La mutuelle communique, par tout support durable, au membre participant, un avis de dénonciation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues aux 2 alinéas ci-dessus, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

5-4 Modalités de dénonciation ou de résiliation

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement, la notification de la dénonciation ou de sa résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable adressé à la mutuelle ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire adressé à la mutuelle;
- 4° Soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

5-5 Choix et Modification du niveau de garantie

Le membre participant indique sur le bulletin d'adhésion le niveau de garanties qu'il a choisi parmi les options proposées. Ce choix s'applique à l'ensemble des ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Il n'est possible de changer de niveau de garantie qu'une seule fois. La Mutuelle se réserve le droit d'accepter ou de refuser., l'accord de la MGI pouvant intervenir par enregistrement avec signature vocale. Une demande de modification du niveau de garantie ne peut être opérée qu'à l'échéance annuelle du contrat, moyennant un délai de prévenance de 1 mois parmi les options ouvertes à la souscription. Toute modification de niveau de garantie correspond une résiliation du contrat en cours et à la souscription d'un nouveau contrat avec les nouvelles garanties choisies.

5-6 Affiliation et radiation des ayants droits

Les affiliations des ayants droit s'effectuent soit au moment de l'adhésion du membre participant, en le spécifiant sur le bulletin d'adhésion, soit au 1er jour du mois civil suivant la date de réception d'une demande d'affiliation d'un ayant droit par la mutuelle spécifiant les noms, prénoms, date de naissance, n° de Sécurité sociale du (ou des) ayant(s) droit à affilier, accompagné des pièces justificatives correspondantes mentionnées à l'article 5-1 ci-dessus.

Les ayants droit d'un membre adhérent à un contrat de la gamme « Chroma Santé Individuel en complément du collectif » ne peuvent être affiliés à ce contrat que dans la mesure où ils sont aussi ayant droit dans le cadre d'un contrat collectif MGI. Lorsqu'ils cessent d'être ayant droit dans le cadre d'un contrat collectif MGI, cette condition d'affiliation n'est plus remplie. En conséquence, leur affiliation comme ayant droit au contrat « Chroma Santé Individuel en complément du collectif » devient caduque au jour de la fin de leur qualité d'ayant droit au titre du contrat collectif MGI et ils sont radiés.

Un membre participant peut radier un ayant droit quand il le souhaite. La prise en compte de la radiation est effective au premier jour du trimestre suivant la date de la demande de radiation sous réserve d'un délai de prévenance d'un mois. Le membre participant ne peut revenir sur la radiation d'un ayant droit.

5-6 Fin des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au règlement (et pour un ayant droit à la date d'effet de sa radiation).

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

Article 6 - Délai de renonciation

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires pour se rétracter (en ce inclus le délai de 14 jours calendaires en matière de vente à distance – article L221-18 du code de la mutualité – ou de démarchage – article L221-18-1 du code de la mutualité) :

- à compter du jour où le membre participant est informé que son adhésion a pris effet (qui correspond au retour par courrier du certificat d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi),
- ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations de l'article L221-18 du code de la mutualité si cette dernière date est postérieure à celle du jour où il est informé que son adhésion a pris effet.

Le membre participant a le droit de renoncer sans donner de motif.

Le courrier de renonciation devra être envoyé à MGI, 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15 en recommandé ou par envoi recommandé électronique (cf modèle de lettre ci-après).

Modèle de lettre de renonciation à adresser à la mutuelle :

« Je déclare renoncer à mon adhésion du .././.. au règlement mutualiste frais de soins de santé.

Date signature (nom et prénom, adresse, date de la demande d'adhésion) »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le membre participant envoie sa lettre recommandée avec accusé de réception ou son envoi recommandé électronique, avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le membre participant, la mutuelle rembourse tous les paiements reçus du membre participant au plus tard trente jours à compter du jour où la mutuelle a été informée de la décision de renonciation du membre participant.

Si le membre participant a demandé à la mutuelle le versement de prestations dans le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution du contrat par la mutuelle.

Article 7 – Résiliation de l'adhésion

7-1 A la demande du membre participant dans les cas suivants :

- au 31 décembre minuit de la première année de l'adhésion à la mutuelle, sous réserve que cette demande soit adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-avant,
- après une année complète d'adhésion à la mutuelle, dès l'entrée en vigueur de l'article L221-10-2 du code de la mutualité: un mois après que la mutuelle a reçu notification de la résiliation du membre participant (voir ci-dessus paragraphe 5-3).
- en cours d'année si le membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire, à la condition que le nouvel organisme complémentaire fournisse l'attestation correspondante, auquel cas, l'adhésion à la mutuelle cesse au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande par la mutuelle (demande accompagnée de l'attestation correspondante) et les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En application des dispositions de l'article L221-10-1 du code de la mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant le 31 octobre, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret. La résiliation est effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu au paragraphe 5-4 ci-avant et prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

7-2 A la demande de la mutuelle dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la cotisation, selon les dispositions prévues à l'article 14.

7-3 A la demande du membre participant ou de la mutuelle

Le membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- domiciliation à l'étranger (hors du territoire français),
- changement de situation matrimoniale,
- changement du régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut alors intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 8 Réticence, fausse déclaration, déclaration inexacte, omission

8-1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Le membre participant sera privé de tout droit à prestation.

Les cotisations versées resteront acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts

8-2 Déclaration inexacte, omission

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

TITRE III – GARANTIES DE LA MUTUELLE

Article 9 Garanties frais de soins de santé

La garantie frais de soins de santé a pour objet :

- en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant ainsi qu'à ses ayants droit bénéficiaires du contrat, le remboursement, dans la limite des prestations accordées au titre de la garantie souscrite, des frais médicaux engagés pendant la période de garantie ; ce remboursement intervenant en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité. **Seuls sont pris en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale.**
- Toutefois la Mutuelle peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale si cela est prévu à la garantie souscrite et indiqué dans l'annexe énumérant les prestations accordées par la mutuelle.
- Le cas échéant, la mutuelle peut assurer le versement d'indemnités forfaitaires. Lorsque cela est le cas, ces indemnités forfaitaires sont indiquées dans l'annexe énumérant les prestations accordées par la mutuelle.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ont un caractère indemnitaire et ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Les garanties accordées, le niveau des garanties ainsi que les modalités de versement des prestations sont annexées au présent règlement.

9-1 Conditions d'ouverture des droits – Fait générateur

Seuls sont pris en charge par la mutuelle les frais dont le fait générateur est survenu pendant la validité de l'adhésion du bénéficiaire au règlement mutualiste. Est défini comme fait générateur :

- la date de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- la date de réalisation de l'acte pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture (réalisé par un professionnel habilité à l'exercer), de diététique, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire;
- la date de séjour pour l'hospitalisation ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

9-2 Remboursements – Délais d'attente

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale et à partir de tout autre document justificatif des dépenses de santé demandé par la mutuelle.

La Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte.

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture (réalisé par un professionnel habilité à l'exercer), de diététique, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

9-3 Exclusions et limitations de garanties

En application des dispositions des articles L871-1 et R871-1 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus);
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le membre participant ou l'ayant droit ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

La mutuelle pratique le tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

La mutuelle communique avant l'adhésion, puis annuellement aux membres participants, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais

occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes. Ces informations figurent en annexe 3.

Les remboursements en optique et les remboursements des aides auditives, lorsqu'une garantie est responsable au sens de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale, s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Pour l'optique, les montants remboursés sont fonction des corrections visuelles et du classement du dispositif d'optique en prise en charge renforcée ou non.

La prise en charge d'une monture, hors prise en charge renforcée, est toujours limitée au maximum à 100 euros selon les garanties souscrites.

Les garanties comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'acquisition précédente pour l'assuré concerné.

Les prises en charge pour les aides auditives (autres que celles des dispositifs à prise en charge renforcée) ne peuvent jamais dépasser, quelles que soient les garanties souscrites, au maximum 1 700 euros par aide auditive (ce montant incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale).

Pour les aides auditives, les garanties comprennent la prise en charge d'une seule aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

La mutuelle intervient dans les limites indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe qui font partie intégrante du règlement mutualiste.

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- tous frais et honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale sauf dispositions spécifiques incluses dans les tableaux de garanties annexés.
- les frais de confort personnel (téléphone, télévision...),
- le forfait journalier concernant les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)
- et d'une manière générale, sont exclues des remboursements accordés dans le cadre de la gamme Chroma Individuel (Chroma Modulo) toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens des articles L.871-1, R871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite de se prévaloir de ces exclusions et la mutuelle est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

9-4 Soins engagés hors de France métropolitaine

Les frais de soins de santé engagés hors de France métropolitaine, pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont remboursés selon les bases prévues au règlement pour l'option souscrite. L'ensemble des remboursements par le régime obligatoire et complémentaire ne devra pas dépasser les frais réellement engagés.

Article 10 - Garantie Assistance

En application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droits ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

Si la garantie assistance est prévue à l'annexe au règlement mutualiste précisant les prestations accordées, les membres participant ainsi que leurs ayants droit en bénéficient automatiquement.

Il s'agit d'un service d'assistance qui consiste à aider le membre participant et ses ayants droit bénéficiaires, dans le cas d'un décès, d'un accident corporel ou d'une maladie, nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation à son domicile du membre participant ou d'un ayant droit bénéficiaire.

Le service assistance prévoit également de fournir des renseignements sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans la notice correspondante figurant en annexe au règlement. Cette garantie accordée en inclusion est assurée et gérée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Article 11 – Correspondances avec les Membres Participants

Les correspondances entre le Membre participant et la Mutuelle pourront être échangées par voie électronique et notamment par courrier électronique dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables et notamment de l'article L221-6-5 du code de la mutualité.

Un Membre Participant peut à tout moment s'opposer à l'utilisation de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de ses relations contractuelles avec la Mutuelle.

Elles auront force probante dans les conditions du Code civil.

TITRE IV – LES COTISATIONS

Article 12 - Montant des cotisations

Les cotisations sont exprimées en euros

La tarification de la gamme santé Individuel en complément de collectif est indépendante de l'âge. Elle est établie en fonction du type de tarification en vigueur dans le contrat MGI collectif de base dans l'entreprise où est affilié le Membre Participant.

Deux types de cotisation sont possibles :

- une cotisation « salarié »,
- une cotisation « conjoint », si la tarification du contrat collectif appliquée à l'assuré inclus le conjoint

Les enfants affiliés au contrat individuel en complément de collectif ne paient pas de cotisations.

Le détail de la tarification est spécifié en annexe.

Article 13 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont annuelles et payables mensuellement ou trimestriellement à terme à échoir, uniquement par prélèvement automatique sur compte bancaire domicilié en France.

A titre exceptionnel, les régularisations de cotisations pourront être payées par chèque bancaire, à l'ordre de MGI.

Lorsque le bulletin d'adhésion est réceptionné par la mutuelle après le 20 du mois en cours, le montant de la cotisation dû pour ce mois ou ce trimestre sera fractionné et rapporté sur le nombre de mois ou de trimestres restants à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Tout mois commencé est dû intégralement.

Article 14 - Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, les garanties seront suspendues trente jours après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au Membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée (article L221-7 du Code de la Mutualité).

La Mutuelle se réserve le droit d'exercer son droit de résiliation des garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article précité.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L.221-7 du code de la Mutualité).

Article 15 - Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par le Conseil d'administration de la Mutuelle une fois par an et peuvent être modifiés en fonction des résultats mutualisés du régime.

La nouvelle tarification est notifiée au membre participant au plus tard le 15 octobre de l'année N. A défaut, le membre participant peut résilier son contrat dans les conditions de l'Article L221-10-1 du code de la Mutualité (voir article 7-1 du règlement)

Elle prend effet le 1er janvier de l'année N+1.

Les taux de cotisation peuvent également être modifiés à tout moment par la Mutuelle en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

Cette modification devra être notifiée au membre participant avant sa date d'entrée en application (date indiquée dans ce même courrier).

TITRE V – LES PRESTATIONS

Article 16 - Conditions de versement des prestations

16-1 Déclaration de sinistre

Le membre participant et plus généralement tout bénéficiaire des garanties est tenu, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives mentionnées ci-après.

Sauf si la prestation dont a bénéficié le membre participant ou l'un de ses ayants droit s'effectue par une télétransmission « NOEMIE », le membre participant doit joindre selon le type de prestation concernée :

- Optique : facture détaillée de l'opticien + prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la sécurité sociale.
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : décompte original de la Sécurité Sociale + la facture détaillée du praticien indiquant la codification des actes selon la nomenclature des actes de la Sécurité Sociale.
 - o facture détaillée du praticien dans le cas où les garanties spécifiées dans les conditions particulières prévoieraient le versement d'un forfait par la Mutuelle.
 - o le membre participant peut transmettre à la Mutuelle, pour avis préalable sur le montant de la prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.
- Cures thermales : certificat de séjour + décompte original de la Sécurité Sociale
- Consultation - visites - pratique médicale courante – pharmacie – soins dentaires – prothèses dentaires acceptées en totalité par la Sécurité Sociale – prothèses diverses : décompte original de la Sécurité Sociale.
- Vaccins : facture détaillée du pharmacien
- Consultation de Médecine Douce : facture détaillée du praticien

La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant ou à l'ayant droit toute autre pièce justificative.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

16-2 Forclusion- Déchéance

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance du fait générateur ou sa connaissance par le membre participant ou l'ayant droit.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, le membre participant est déchu de ses droits et la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation.

16-3 Délai de versement des prestations

La Mutuelle s'efforce de verser ses prestations Frais de Soins de Santé dans les 48 heures qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaires non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

16.4 Contrôles Médicaux

La Mutuelle peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du membre participant ou de l'ayant droit qui bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat.

Si le membre participant ou l'ayant droit se refuse à un contrôle ou si, n'ayant pas notifié à la Mutuelle son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette contestation. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier sa désignation sera demandée par la partie la plus diligente au Président du Tribunal judiciaire de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées au membre participant devront être restituées à la Mutuelle.

Si une des parties n'est pas satisfaite du résultat de l'expertise amiable, elle peut soumettre le litige à la juridiction compétente.

Article 17 - Relations clients

Pour tout renseignement le membre participant peut contacter le service Relations Clients de la Mutuelle : MGI Service Relations Clients - 108 rue de Lourmel - 75718 PARIS cedex 15

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L 221-11 du Code de la mutualité).

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

La prescription est interrompue par une cause ordinaire d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Concernant la prescription biennale conformément à l'article L221-12 du code de la mutualité, celle-ci est interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée (ou d'un envoi recommandé électronique) avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 19 - Recours subrogatoire

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

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 20 - Loi informatique et libertés

Les informations nominatives recueillies par la Mutuelle (responsable du traitement) concernant le Membre participant et ses ayants droit assurés, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion à la Mutuelle, de la gestion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non transmission par le membre participant rendra donc impossible l'exécution du contrat par la Mutuelle.

Ces informations nominatives peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant ou ses ayants droit bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées, c'est à dire une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription ou de la durée légale de conservation.

Les informations personnelles pourront être également transmises aux autres entités composantes du Groupe Lourmel dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle et de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires.

Conformément à la législation en vigueur, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose du droit de demander à la Mutuelle, l'accès à ses données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Il dispose également d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer son consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la Protection des Données de la MGI par courrier à adresser à Groupe LOURMEL - Service Contrôle Interne - 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15.

Le Membre participant, ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès (ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

Le Membre participant, ses ayants droit disposent du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : 3 Place de Fontenoy- TSA 80715- 75334 Paris Cedex 07. Tél : 01 53 73 22 22.

Article 21 - Loi et langue applicable

Les relations contractuelles entre le membre participant et la mutuelle sont régies par la Loi française.

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

En outre, la Mutuelle et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pour toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent

22-1 Réclamations

La Mutuelle met à la disposition du membre participant et de ses ayants droit la possibilité de contacter la Direction Administrative de la mutuelle pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent règlement, à l'adresse suivante : MGI - Service Réclamations - 108 rue de Lourmel - 75718 Paris cedex 15

La mutuelle s'engage à accuser réception d'une réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci et à y apporter une réponse dans un délai maximum de deux mois.

22-2 Médiation

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et en cas de désaccord toujours persistant, il est possible au membre participant ou à l'ayant droit de saisir le médiateur de la consommation qui est le médiateur de la Mutualité Française (FNMF- Fédération Nationale de la Mutualité Française), qui étudiera le dossier et rendra son avis en toute indépendance.

Ce médiateur de la consommation peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

- par courrier : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- par mail : mediation@mutualite.fr

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal;
- Le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Le recours à la médiation suspend la prescription en application de l'article 2238 du code civil.

22-3 Tribunal compétent

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (tribunal judiciaire).

Article 23 - Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL EN COMPLEMENT DE COLLECTIF

Les garanties gamme Chroma sont solidaires et responsables au sens des articles L871-1, R871-1et R871-2 du code de la sécurité sociale.

Les remboursements s'expriment en fonction de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale et s'entendent "remboursements de la Sécurité sociale compris". Ils sont limités aux frais réellement engagés. **Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.**

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire

(2) Le remboursement annuel des prestations en Matériel Médical, Prothèses dentaire (hors 100% santé), Prothèses auditives (hors 100% santé) est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités suivantes :

- 2000€ / an / bénéficiaire de la date d'effet du contrat au 31/12/N+1

- 5000€ /an / bénéficiaire du 01/01/N+2 au 31/12/N+4

- 10000 € /an / bénéficiaire à partir du 01/01/N+5

Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur. Ils sont également limités à 350% de Base de remboursement de la SS les 12 premiers mois d'adhésion à MGI, sauf en cas d'adhésion effective au cours des 6 premiers mois de la retraite"

(3) Sans limitation de durée

(4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale

(5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge tels que défini par l'arrêté du 3 Décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.

(6) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale.

(7) Dans le respect des minimums du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.

(8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.

(9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux

(10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par MGI et le Régime de base ne peut excéder :

- 560€, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
- 610€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
- 700€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
- 750€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,

Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :

- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries
 - 2 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

- 3 -verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries;
- (12) Le droit maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 36 mois précédant son acquisition d'un équipement optique pour adulte (hors lentilles), il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre de ce même poste ; A défaut, le droit intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 24 mois précédant son acquisition d'un équipement optique pour adulte (hors lentilles), il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre de ce même poste ; A défaut, le droit à remboursement est limité au droit de base.
- (13) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (14) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (15) Soins et prothèses relevant du "100% Santé" au 1er janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (16) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (17) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1er janvier 2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement total régimes obligatoires et complémentaires compris est limité à 1700€ par aide auditive"
- (19) S'entend comme pris en charge par la SS, les accessoires suivants :
- * Ecouteur
 - * Microphone
 - * Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de deux ans => 1 embout /an/appareil
 - * Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE) ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Pédiatures-Podologues titulaire d'un diplôme d'état de pédicure podologue
 - Psychomotricien titulaire du diplôme d'état correspondant
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an par adulte. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- (23) Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L165-1 du code de la SS.

OPTAM / OPTAM-CO: le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

PLV : Prix Limite de vente

	GARANTIES 2024	S1	S2	S3
Soins Courants	Honoraires médicaux			
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	150%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	120%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	150%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	120%
	Radiologie, OPTAM	100%	100%	150%
	Radiologie, hors OPTAM	100%	100%	120%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	150%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	120%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100%	100%	120%
	Transport	100%	100%	120%
	Analyses et examens de laboratoires			
	Analyses et examens de laboratoires	100%	100%	120%
	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	30%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	15%	100%	100%
	Spécialités homéopat. (7° R.322-1) remboursées par la S.S.	30%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹¹⁾ , par an et par bénéficiaire	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-	-
Hospitalisation	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	100%	250%	350%
	Honoraires			
	Frais de séjour ⁽³⁾ Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	150%
	Frais de séjour ⁽³⁾ , Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	120%
	Chambre particulière, max 60 jrs par hospitalisation	-	-	45 € / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr	23 € / jr
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	100%
Optique	GARANTIES 2024	P1	P2	P3
	Equipement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV		
	Autre équipement optique (verres et monture)			
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Verres : frais réels dans la limite des PLV, monture limitée à 100€		
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾			
	<u>Equipement à verres unifocaux</u>			
	droit de base	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€
	droit intermédiaire	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€
	droit maximal	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€
	<u>Equipement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾			
	droit de base	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	droit intermédiaire	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	droit maximal	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	<u>Equipement à verres unifocaux</u>	100% + 100€	100% + 100€	100% + 125€
	<u>Equipement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre
	Lentilles ⁽¹³⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S	-	100% + 120€	100% + 120€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80€
Aides auditives	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	-	-	150€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV		
	Autres soins dentaires			
	Inlay / onlay (par acte)	100%	100%	100%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	100%	100%	100%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.) ⁽¹²⁾	-	-	-
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	125%	250%	350%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	125%	250%	350%
	Orthodontie			
Prestations complémentaires	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	125%	200%	200%
	Implants (par an par bénéficiaire)	-	-	-
	Prothèses auditives 100% santé ⁽²³⁾	100% frais réels dans la limite des PLV		
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾ et accessoires ⁽¹⁹⁾			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	100%	250%	350%
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	100%	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
	Accessoires ⁽¹⁹⁾	100%	250%	350%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées (20)(21) : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	-	-	3 x 30€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%	100%
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% + 100€	100% + 187,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui	Oui

	GARANTIES 2024	S3+	S4
Soins Courants	Honoraires médicaux		
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	200%	250%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	160%	200%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	200%	250%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	160%	160%
	Radiologie, OPTAM	200%	250%
	Radiologie, hors OPTAM	160%	160%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	200%	250%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	160%	200%
	Honoraires paramédicaux		
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	160%	200%
	Transport	160%	200%
	Analyses et examens de laboratoires		
	Analyses et examens de laboratoires	160%	200%
	Médicaments		
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	100%	100%
	Spécialités homéopat. (7° R.322-1) remboursées par la S.S.	100%	100%
	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁾ , par an et par bénéficiaire	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-
Hospitalisation	Matériel médical ⁽²⁾		
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	500%	550%
	Honoraires		
	Frais de séjour ⁽³⁾ Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	200%	250%
	Frais de séjour ⁽³⁾ Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	160%	200%
	Chambre particulière, max 60 jrs par hospitalisation	60 € / jr	75 € / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%
Optique	GARANTIES 2024	P3+	P4
	Equipelement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autre équipement optique (verres et monture)		
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Verres : frais réels dans la limite des PLV, monture	
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾		
	<u>Equipement à verres unifocaux</u>		
	droit de base	100% + 150€	100% + 200€
	droit intermédiaire	100% + 200€	100% + 325€
	droit maximal	100% + 250€	100% + 450€
	<u>Equipement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾		
	droit de base	100% + 250€	100% + 300€
	droit intermédiaire	100% + 300€	100% + 425€
	droit maximal	100% + 350€	100% + 550€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾		
	<u>Equipement à verres unifocaux</u>	100% + 200€	100% + 250€
	<u>Equipement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾	100% + 350€	100% + 550€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50€ /verre	+50€ /verre
	Lentilles ⁽¹³⁾		
	Lentilles remboursées par la S.S.	100% + 150€	100% + 200€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	125€	150€
Soins dentaires	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	300€ / œil	400€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autres soins dentaires		
	Inlay / onlay (par acte)	100%	100%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	100%	100%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.) ⁽¹²⁾	200€	300€
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾		
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	500%	550%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	500%	550%
	Orthodontie		
	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	250%	300%
	Implants (par an par bénéficiaire)	-	400€
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé ⁽²³⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾ et accessoires ⁽¹⁹⁾		
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽¹⁹⁾	500%	550%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées (20)(21) : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	3 x 40€	3 x 40€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%
	Cures thermales ⁽²²⁾	100% + 187,50€	100% + 322,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui

	GARANTIES 2024	S5	S6
Soins Courants	Honoraires médicaux		
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	300%	300%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	300%	300%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%
	Radiologie, OPTAM	300%	300%
	Radiologie, hors OPTAM	200%	200%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	300%	300%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%
	Honoraires paramédicaux		
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	200%	200%
	Transport	200%	200%
	Analyses et examens de laboratoires		
	Analyses et examens de laboratoires	200%	200%
	Médicaments		
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	100%	100%
	Spécialités homéopat. (7° R.322-1) remboursées par la S.S.	100%	100%
	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁵⁾ , par an et par bénéficiaire	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-
Hospitalisation	Matériel médical ⁽²⁾		
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	600%	750%
	Honoraires		
	Frais de séjour ⁽³⁾ Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	300%	300%
	Frais de séjour ⁽³⁾ Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%
	Chambre particulière, max 60 jrs par hospitalisation	100€ / jr	100€ / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%
Optique	GARANTIES 2024	P5	P6
	Equipelement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autre équipement optique (verres et monture)		
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾		
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾		
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>		
	droit de base	rbt SS + 250€	rbt SS + 300€
	droit intermédiaire	rbt SS + 360€	rbt SS + 385€
	droit maximal	rbt SS + 470€	rbt SS + 470€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾		
	droit de base	rbt SS + 350€	rbt SS + 500€
	droit intermédiaire	rbt SS + 500€	rbt SS + 625€ ⁽¹⁰⁾
	droit maximal	rbt SS + 650€ ⁽¹⁰⁾	rbt SS + 750€ ⁽¹⁰⁾
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾		
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>	100% + 300€	100% + 400€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽⁹⁾	rbt SS + 650€	rbt SS + 700€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹¹⁾	+50€ /verre	-
	Lentilles ⁽¹³⁾		
	Lentilles remboursées par la S.S.	100% + 200€	100% + 250€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	175€	250€
Soins dentaires	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	500€ / œil	500€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autres soins dentaires		
	Inlay / onlay (par acte)	300%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	300%	300%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.) ⁽¹²⁾	400€	400€
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾		
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	600%	650%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	600%	650%
	Orthodontie		
	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	400%	400%
	Implants (par an par bénéficiaire)	450€	500€
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé ⁽²³⁾	100% frais réels dans la limite des PLV	
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾ et accessoires ⁽¹⁹⁾		
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
	Accessoires ⁽¹⁹⁾	600%	750%
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées (20)(21) : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	4 x 50€	4 x 60€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%
	Cures thermales ⁽²²⁾	100% + 322,50€	100% + 322,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui

ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE

Les informations exigées par l'article L221-18 du code de la mutualité en cas de vente à distance figurent dans le texte du règlement mutualiste « Frais de soins de santé ».

1° La dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN (article 1), les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle (article 23)

2° La base de calcul de la cotisation (article 12)

3° La durée minimale de l'adhésion (article 5) ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement (Titre III)

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables (article 2), les modalités de l'adhésion au règlement (Titre II) et de paiement de la cotisation (Titre IV)

5° L'existence d'un droit de renonciation, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée (article 6).

6° La loi applicable au règlement et la langue que la mutuelle s'engage à utiliser (article 21)

7° Les modalités d'examen des réclamations et de recours à un processus de médiation (article 22)

ANNEXE 3 – RATIOS REGLEMENTAIRES

Les ratios réglementaires exprimés ci-après sont calculés sur la base des comptes de l'exercice 2022

RATIO PRESTATIONS VERSEES / PRIMES HORS TAXES : 100,7%

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

RATIO TOTAL FRAIS DE GESTION / PRIME MOYENNE HORS TAXE : 25.4%

- **DONT FRAIS D'ACQUISITION : 7,0%**
- **DONT AUTRES FRAIS : 18.4%**

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



CONVENTION CADRE N° C 20 F 31
CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES
D'ASSISTANCE VALANT
NOTICE D'INFORMATION
N°FIC20SAN0051

MGI

SOMMAIRE

1. CADRE DES GARANTIES.....	27
1.1 COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?	27
1.2 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?.....	27
1.3 OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?	27
1.4 QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?	28
2. GÉNÉRALITES.....	28
2.1 DÉFINITIONS.....	28
3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE	32
3.1 INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE	32
3.2 PERMANENCE MÉDICALE	32
3.3 RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL.....	33
3.4 RÉSERVATION DE LIT ET ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER.....	33
3.5 TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS.....	33
3.6 GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 16 ANS	34
3.7 GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT OU DU CONJOINT DÉPENDANT.....	34
3.8 AIDE À DOMICILE.....	34
3.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	34
3.10 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET	34
3.11 ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS	34
3.12 GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ.....	35
3.13 ÉCOLE À DOMICILE.....	35
3.14 AIDE AUX DEVOIRS.....	35
3.15 MISE À DISPOSITION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE.....	35
3.16 INFORMATIONS POUR LES PRIMO-PARENTS	35
3.17 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF).....	36
3.18 INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES.....	36
3.19 PRÉSENCE D'UN PROCHE	36
3.20 ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL.....	36

3.21 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	36
3.22 ACHEMINEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL.....	36
3.23 SUIVI DE COURRIER.....	37
3.24 AIDE À LA RECHERCHE D'UN REMPLACANT	37
3.25 ASSISTANCE JURIDIQUE ET FISCALE	37
3.26 AVANCE DE FONDS	37
3.27 INFORMATIONS, DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS.....	37
3.28 PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDÉ.....	38
3.29 AUXILIAIRE DE VIE	38
3.30 RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE	38
3.31 AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT DÉPENDANT....	38
3.32 AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT OU LE CONJOINT DÉPENDANT.....	38
3.33 AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE	39
3.34 AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT DU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE	39
3.35 LES SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE » (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS).....	39
4. CADRE RÉGLEMENTAIRE	39
4.1 EXCLUSIONS	39
4.2 SUBROGATION.....	40
4.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	40
4.4 RESPONSABILITÉ	41
4.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE	41
4.6 RÉCLAMATIONS.....	41
4.7 PRESCRIPTION	42
4.8 CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION	43
4.9 FAUSSE DÉCLARATION	45
4.10 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE	45
5. TABLEAU DE SYNTHÈSE.....	46

GROUPE LOURMEL, Association Loi du 1^{er} juillet 1901 déclarée à la Préfecture de Police de Paris sous le Numéro RNA W751115005, dont le siège social est situé 108 rue de Lourmel 75015 PARIS, a souscrit la Convention cadre n° **C 20 F 31**, pour le compte de ses membres, la **CAISSE DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DE L'IMPRIMERIE DU LIVRE ET DES INDUSTRIES GRAPHIQUES (CARPILIG)**, Institution régie par le titre II du Livre IX du code de la Sécurité sociale et agréée par arrêtés ministériels des 28 juin 1990 et 31 juillet 1996 sous le numéro IP 978, dont le siège social est situé au 108 rue de Lourmel – 75015 PARIS et de la **MUTUELLE GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE (MGI)**, Mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro de SIREN 437 994 205, dont le siège social est situé au 108 rue de Lourmel – 75015 PARIS, au profit des adhérents de ces dernières qui ont souscrit un contrat d'assurance complémentaire santé à titre individuel ou collectif et auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance.

La présente notice d'information n° **FIC20SAN0051** a pour objet de présenter les garanties d'assistance proposées aux adhérents de **CARPILIG** et de la **MGI** et de préciser leurs conditions et modalités de mise en œuvre.

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

1. CADRE DES GARANTIES

1.1 COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 77 40 84 83 (depuis la France)
	+33 9 77 40 84 83 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

1.2 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

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

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

1.3 OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

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

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

1.4 QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

Les garanties de la présente Convention cadre suivent le sort du contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle ou collective de la **CAISSE DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DE L'IMPRIMERIE DU LIVRE ET DES INDUSTRIES GRAPHIQUES (CARPILIG)** ou du contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle de la **MUTUELLE GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE (MGI)** auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin:

En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle ou collective de la **CAISSE DU REGIME DE PREVOYANCE DE L'IMPRIMERIE DU LIVRE ET DES INDUSTRIES GRAPHIQUES (CARPILIG)** ou au contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle de la **MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE (MGI)** ;

En cas de résiliation de la Convention cadre n° **C 20 F 31** / Notice d'information n° **FIC20SAN0051**.

2. GÉNÉRALITES

2.1 DÉFINITIONS

Accident : blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Actes de la vie quotidienne : le transfert, le déplacement à l'intérieur d'une surface plane, l'alimentation, la toilette, la continence et l'habillage.

Adhérent : toute personne physique, adhérant à la Convention cadre n° **C 20 F 31**/Notice d'information n° **FIC20SAN0051** et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

AGGIR : outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

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

Animaux de compagnie : chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire : les chiens d'attaque (1ère catégorie) qui peuvent être assimilés par leur morphologie sans être inscrits au livre des origines français (Lof) aux chiens des races suivantes : American Staffordshire terrier (anciennement Staffordshire terrier) également appelés pit-bulls, Mastiff communément appelés boerbulls, Tosa. Les chiens de garde et de défense (2ème catégorie) : chiens de race American Staffordshire terrier (anciennement Staffordshire terrier) également appelés pit-bulls, chiens de race Rottweiler, chiens de race Tosa. Chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de race Rottweiler, non-inscrits au livre des origines français (Lof). L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Aidant : l'Adhérent ou son Conjoint qui aide un de ses Proches parents aidé. L'Assuré ou son Conjoint apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne. **Il doit avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent aidé à Domicile.**

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

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

Auxiliaire de vie : intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

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

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

Contrat : La Convention cadre n° **C 20 F 31** / Notice d'information n° **FIC20SAN0051**.

Dépendance : état de perte d'autonomie de la personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 4 à 1 de la grille AGGIR.

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

Équipe médicale : médecins de **FILASSISTANCE**.

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

France : France métropolitaine et les Principautés de Monaco et Andorre.

Handicap : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

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

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

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

Incapacité temporaire : **sauf stipulation contraire**, impossibilité temporaire **d'une durée minimum de 15 jours consécutifs**, d'exercer une activité professionnelle, à la suite d'un Accident.

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

Maladie soudaine : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Pathologies lourdes : accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de **FILASSISTANCE**.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : tout Adhérent qui est reconnu, pendant la période de validité des garanties, définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit

et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

Proche parent aidé : ascendants et descendants du 1^{er} degré, Conjoint ou beaux-parents de l'Adhérent, qui seraient dans un état consolidé de dépendance (**à partir de GIR 4 au sens de l'AGGIR**) ou d'Handicap médicalement reconnu.

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

Zone de résidence : zone couvrant la France métropolitaine et les Principautés de Monaco ou d'Andorre.

2.2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de la Notice d'information **FIC20SAN0051**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

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

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

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

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

2.2.2 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

2.2.3 AVANCE DE FRAIS

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

2.2.3.1. CONDITIONS PRÉALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR FILASSISTANCE

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

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

2.2.3.2. DÉLAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE À FILASSISTANCE

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

2.2.3.3. SANCTIONS

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

2.2.4 CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

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

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Équipe médicale de FILASSISTANCE.

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

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

2.2.5 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

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

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

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

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

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

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

3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le tableau de synthèse des garanties (chapitre 5).

3.1 INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE

RENSEIGNEMENTS RÈGLEMENTAIRES

Justice / défense / recours : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc...

Sociétés / commerçants / artisans / affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.

Assurances sociales / allocations / retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc...

Impôts / fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc...

Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc...

RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

- **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc...
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc...
- **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravanning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^{ème} âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc...
- **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc...
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement / formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc...

RENSEIGNEMENTS DIVERS DÉPANNAGE

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, etc...,
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 Km du Domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc...

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros de téléphone. **FILASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni être responsable de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou de la rapidité de son intervention.**

Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Adhérent.

3.2 PERMANENCE MÉDICALE

FILASSISTANCE fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :

- **prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires...

- **mode de vie** : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation)...
- **techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes...
- **données administratives** : aides au maintien à Domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...
- **examens médicaux** : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie)...
- **coordonnées utiles** : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication thermalisme).

Sans se substituer au médecin traitant, **FILASSISTANCE** peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (**à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone**).

FILASSISTANCE aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

3.3 RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL

En l'absence de médecin traitant, **FILASSISTANCE** apporte son aide à l'Adhérent pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, au Domicile de l'Adhérent.

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

Les frais de visite sont à la charge de l'Adhérent.

3.4 RÉSERVATION DE LIT ET ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** l'aide à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve des disponibilités locales et de l'accord du centre d'admission.**

Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Adhérent.

Sur prescription médicale, **FILASSISTANCE** recherche également une ambulance et organise le transport de l'Adhérent malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation. **Les frais de l'ambulance ou du transport restent à la charge de l'Adhérent.**

Si le retour au Domicile de l'Adhérent doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'Adhérent en fait la demande, **FILASSISTANCE** organisera son retour, **sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.**

3.5 TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, **FILASSISTANCE** se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

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

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

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

3.6 GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile,
- OU l'accompagnement des enfants à l'école,
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**,
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile.

3.7 GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT OU DU CONJOINT DÉPENDANT

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

- la garde à Domicile,
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**,
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile.

3.8 AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Aide à domicile, **dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous**.

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

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

3.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés**.

3.10 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre au chevet de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

3.11 ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise l'acheminement des médicaments au Domicile de l'Adhérent, si l'Adhérent ou son Conjoint est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si l'Adhérent ou son Conjoint ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance**.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans **un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile de l'Adhérent**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments ainsi que les frais d'acheminement sont pris en charge financièrement par l'Adhérent ou son Conjoint.

3.12 GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ

En cas de Maladie soudaine ou d'Accident, obligeant un des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint à rester au Domicile et si aucune personne ne peut rester à son chevet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la garde à Domicile de l'enfant ou la venue d'un proche jusqu'au Domicile.

L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à Domicile pour Maladie soudaine ou Accident, doit être confirmée par l'envoi d'un certificat médical établi avant l'appel préalable de l'Adhérent.

La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

3.13 ÉCOLE À DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un proche de l'Adhérent résidant dans sa Zone de résidence, pour lui dispenser des cours, de la classe préparatoire à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1^{ère} et 2^{nde} langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la durée de l'immobilisation ainsi que la nature de la Maladie ou de l'Accident (si l'enfant subit l'Évènement).

3.14 AIDE AUX DEVOIRS

FILASSISTANCE organise et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent, pour l'aider à faire ses devoirs.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

3.15 MISE À DISPOSITION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent senior **âgé de 70 ans et plus** un service de Téléassistance (PREVIFIL) **pendant 3 mois** afin de sécuriser son retour au Domicile et sa convalescence.

3.16 INFORMATIONS POUR LES PRIMO-PARENTS

FILASSISTANCE oriente et informe dans la résolution des problèmes de la vie familiale rencontrés par les primo-parents.

3.17 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)

FILASSISTANCE prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale au Domicile de l'Adhérent.

3.18 INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un service d'informations.

Ce service comprend des informations téléphoniques et des renseignements concernant les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- les papiers à fournir,
- les organismes à prévenir,
- les soins de conservation,
- les cimetières et concessions,
- chambres funéraires,
- transports,
- inhumation,
- coût des obsèques.

3.19 PRÉSENCE D'UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre auprès de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

3.20 ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

FILASSISTANCE met l'Adhérent et/ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

3.21 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

3.22 ACHEMINEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Si selon la fiche d'aptitude, l'état de santé de l'Adhérent le permet, **FILASSISTANCE** assure son accompagnement de son Domicile à son lieu de travail.

3.23 SUIVI DE COURRIER

FILASSISTANCE organise et prend charge le portage de documents professionnels au Domicile de l'Adhérent ou au lieu de son Hospitalisation.

3.24 AIDE À LA RECHERCHE D'UN REMPLACANT

FILASSISTANCE aide l'Adhérent dans ses recherches d'un intérimaire pouvant le remplacer (diffusion d'annonces, mise en relation avec des cabinets de recrutement spécialisés etc.).

Les frais engagés pour cette recherche sont à la charge de l'Adhérent.

3.25 ASSISTANCE JURIDIQUE ET FISCALE

- **Aide à la recherche de cabinets de recrutements.**
- **Aide à la recherche d'organismes de formations.**
- **Aide à la recherche de structures de conseils pour les héritiers de l'entreprise :** administrateurs judiciaires, consultants, cabinets d'expertise comptable, organismes juridiques spécialisés, organismes mettant en relations les héritiers et les repreneurs d'entreprises (chambres de commerce, etc...).
- **Aide à la recherche d'experts :** experts comptables, administrateurs, etc...
- **Recherche d'organismes compétents pour aider l'entreprise à sauvegarder son image à l'extérieur :** partenaires, clients, médias, etc...
- **Assistance téléphonique** concernant la résolution des questions administratives et juridiques dans le cadre du rachat des parts de l'Homme-Clé.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

3.26 AVANCE DE FONDS

FILASSISTANCE peut procéder à une avance **à concurrence de la limite mentionnée dans le tableau de synthèse ci-dessous et contre remise d'un chèque de caution.**

Il est expressément convenu que le remboursement de ces frais devra être réalisé **selon les conditions indiquées par l'article B.2.3.**

3.27 INFORMATIONS, DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Aidant ou d'un proche de l'Adhérent ou Conjoint dépendant ou handicapé, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Aidant ou le proche de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Aidant ou le proche de l'Adhérent ou Conjoint dépendant ou handicapé à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Aidant ou le proche de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé le souhaite, **FILASSISTANCE** le met en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Aidant ou de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé.

3.28 PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDÉ

Lorsque l'Aidant doit s'absenter, **FILASSISTANCE** recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

FILASSISTANCE informera l'Aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréés pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant, **FILASSISTANCE** établit un plan d'aide à Domicile et organise des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère...).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Aidant.

3.29 AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Auxiliaire de vie, **dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous.**

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

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de l'Aidant et de son Proche parent aidé, par le service médical de **FILASSISTANCE.**

3.30 RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Adhérent, son Conjoint ou à l'un de leurs proches toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la Dépendance de l'Adhérent ou de son Conjoint, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, **FILASSISTANCE** met en contact la famille l'Adhérent, son Conjoint ou l'un de leurs proches avec les organismes concernés.

3.31 AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT DÉPENDANT

FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant.

Il est à la disposition de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisés et associations.

Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant.

3.32 AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT OU LE CONJOINT DÉPENDANT

FILASSISTANCE recherche et indique au proche de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir de façon temporaire ou permanente, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si le proche de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

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

3.33 AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

À sa demande, **FILASSISTANCE** fait profiter l'Aidant ou l'Adhérent/Conjoint dépendant de conditions préférentielles pour souscrire à un service de Téléassistance (PREVIFIL) : prise en charge des **frais de mise en service et des 3 premiers mois d'abonnement.**

3.34 AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT DU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

À la demande de l'Aidant ou de l'Adhérent/Conjoint dépendant, une assistante sociale de **FILASSISTANCE** pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie ...).

3.35 LES SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE » (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à tout moment. **FILASSISTANCE** aide l'Adhérent ou le Conjoint dépendant dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

- livraison de repas, de courses, de médicaments,
- télé sécurité, garde du Domicile (vigile),
- garde des petits-enfants, des animaux de compagnie,
- aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements,
- auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie",
- et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 Km du Domicile ...),
- téléassistance.

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

4. CADRE RÉGLEMENTAIRE

4.1 EXCLUSIONS

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

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

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

- des frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**,
- des états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours),
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire,
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire,
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1, I 1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances,
- des cataclysmes naturels,
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique,
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir,
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi,
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion,
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

4.2 SUBROGATION

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

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

4.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour

cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

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

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

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

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

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

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

4.4 RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

4.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

4.6 RÉCLAMATIONS

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

auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,

par courrier à l'adresse suivante : Filassistance - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,

par mail à qualite@filassistance.fr,

sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

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

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

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

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

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

4.7 PRESCRIPTION

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

DELAI DE PRESCRIPTION

Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

CAUSES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION

Article L.114-2 :

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

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

CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC DE LA PRESCRIPTION

Article L.114-3 :

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

4.8 CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION

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

RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT

Article 2240 du Code civil

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

DEMANDE EN JUSTICE

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

MESURE CONSERVATOIRE ET ACTE D'EXÉCUTION FORCÉE

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

- 1) à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive,
- 2) à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu,
- 3) à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

4.9 FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE**, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

4.10 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

5. TABLEAU DE SYNTHÈSE

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHÉRENT DES SON ADHÉSION	
Assistance informations	Informations téléphoniques du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Permanence médicale	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Réservation de lit et acheminement en milieu hospitalier	Organisation sans prise en charge
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 24 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans (à mettre en place pendant la période d'Hospitalisation ou pendant les 30 jours qui suivent la fin d'Hospitalisation)	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • OU Accompagnement des enfants à l'école 	1 A/R par jour pendant 5 jours
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert accompagné des enfants chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant (à mettre en place pendant la période d'Hospitalisation ou pendant les 30 jours qui suivent la fin d'Hospitalisation)	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 48 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 15 jours consécutifs <i>(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)</i>
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
Présence d'un proche au chevet <i>(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)</i>	1 Titre de transport A/R par Évènement 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
École à Domicile <i>(Si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est hébergé chez un proche)</i>	3 heures maximum par jour pendant 2 semaines maximum par Évènement
Aide aux devoirs	6 heures maximum par Évènement réparties sur 2 semaines
Mise à disposition d'un service de Téléassistance <i>(En cas d'Hospitalisation de plus de 15 jours d'un Adhérent âgé de 70 ans et plus ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent âgé de 75 ans et plus)</i>	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service (Prévifil)

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans <i>(à mettre en place pendant les 30 jours qui suivent le début d'Immobilisation)</i>	
• Garde au Domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
• OU Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport A/R par Évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport A/R par Évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant <i>(à mettre en place pendant les 30 jours qui suivent le début d'Immobilisation)</i>	
• Garde au Domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche	1 Titre de transport A/R par Évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport A/R par Évènement

Présence d'un proche au chevet <i>(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent)</i>	1 Titre de transport A/R par Évènement 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 15 jours consécutifs <i>(mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation)</i>
Acheminement des médicaments	Organisation sans prise en charge
Aide aux devoirs	6 heures maximum par Évènement réparties sur 2 semaines
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE, CHIMIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Aide à domicile	30 heures maximum sur la durée du traitement dans la limite de 4 heures dans les 48 heures suivant chaque séance En tout état de cause, le plafond demeure de 30 heures maximum en cas de traitement associant radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie pour un même Évènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 5 JOURS CONSECUTIVE À LA SURVENANCE OU A L'AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE LOURDE D'UN BENEFICIAIRE	
Aide à domicile	30 heures maximum par Évènement réparties sur 2 mois <i>(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)</i>
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Présence d'un proche au chevet <i>(si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint âgé de moins de 16 ans est hospitalisé à plus de 50 Km de son Domicile)</i>	1 Titre de transport A/R par Évènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans	
<ul style="list-style-type: none"> Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement
École à domicile <i>(si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours suite à une Maladie soudaine ou suite à un Accident)</i>	3 heures maximum/jour pendant 5 semaines maximum <i>(mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation et ce dès le 1^{er} jour de l'Immobilisation de l'enfant)</i>

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPÉRIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAINE DE LA PERSONNE SALARIÉE EN CHARGE DE LA GARDE DES ENFANTS

Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert accompagné des enfants chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement

ASSISTANCE AUX SÉNIORS DE 70 ANS ET PLUS

Présence d'un proche au chevet <i>(si l'Adhérent est hospitalisé pour une durée supérieure à 15 jours et à plus de 50 Km de son Domicile)</i>	2 Titres de transport A/R 4 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite de 320 € TTC <i>(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation de l'Adhérent ou lors de son retour au Domicile)</i>
Mise à disposition d'un service de Téléassistance <i>(En cas d'Hospitalisation de plus de 15 jours d'un Adhérent âgé de 70 ans et plus ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent âgé de 75 ans et plus)</i>	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITÉ

Informations pour les primo-parents	Informations téléphoniques
Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale <i>(en cas de 1^{ère} maternité ou de naissance multiple)</i>	2 heures au cours de la semaine faisant suite au retour au Domicile
Aide à domicile <i>(en cas de séjour supérieur à 5 jours en maternité OU de naissance multiple)</i>	20 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au Domicile

Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans *(en cas de séjour en maternité supérieur à 8 jours)*

<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début en séjour de maternité ou à compter de la date de retour au Domicile
<ul style="list-style-type: none"> • OU Accompagnement des enfants à l'école 	1 A/R par jour pendant 5 jours
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert accompagné des enfants chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Avance de fonds	3050 € maximum
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Informations sur l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile 	30 heures maximum réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès de l'Adhérent ou de son Conjoint
<ul style="list-style-type: none"> • OU Accompagnement des enfants à l'école 	1 A/R par jour pendant 5 jours
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert accompagné des enfants chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au Domicile de l'Adhérent 	30 heures maximum réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès de l'Adhérent ou de son Conjoint
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche 	1 Titre de transport A/R par Évènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile 	1 Titre de transport A/R par Évènement
Présence d'un proche	1 Titre de transport A/R 2 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite 160 € TTC
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur les 15 jours consécutifs suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DÉCÈS D'UN PROCHE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement médico-social	Entretiens téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1 ^{ère} consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC maximum.

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHÉRENT TNS OU HOMME CLÉ	
En cas d'Incapacité temporaire de l'Adhérent supérieure à 15 jours	
Acheminement sur le lieu de travail	10 aller/retour dans la limite de 500 € TTC par Évènement
Suivi du courrier (en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation supérieures à 15 jours)	Portage des plis et documents professionnels urgents au Domicile ou à l'hôpital
En cas de trouble psychologique lié à l'activité professionnelle de l'Adhérent	
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1 ^{ère} consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC maximum.
En cas d'Incapacité temporaire de l'Adhérent supérieure à 45 jours	
Aide à la recherche d'un remplaçant	Mise en relation
En cas de décès ou de Perte totale et Irréversible d'autonomie de l'Adhérent	
Assistance juridique et fiscale (pour le Conjoint ou les enfants de l'Adhérent)	Mise en relation
Avance de fonds	3 000 € TTC maximum
AIDE AUX AIDANTS	
Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1 ^{ère} consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC maximum.
Prise en charge temporaire du Proche parent aidé	Mise en relation
Auxiliaire de vie (en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie soudaine de l'Aidant)	10 heures maximum par jour/pendant 3 jours maximum
Aide à la souscription d'un service de Téléassistance	Abonnement à conditions privilégiées : prise en charge des frais de mise en service + prise en charge de 3 mois de service (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Renseignements sur la dépendance	Entretiens téléphoniques / mise en relation
Informations, démarches et aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
Aménagement du Domicile de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant	Organisation sans prise en charge
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent ou Conjoint dépendant	Entretiens téléphoniques
Aide à la souscription d'un service de Télésassistance	Abonnement à conditions privilégiées : Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service offerts (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Télésassistance	Informations téléphoniques
Les services d'assistance « à la carte » (accès aux services à la personne et aux services divers)	Mise en relation



**FILASSISTANCE
INTERNATIONAL**
 Société Anonyme au capital de
 4 100 000 €
 433 012 689 RCS NANTERRE
 Siège social : 108 Bureaux de
 la Colline,
 92213 SAINT-CLOUD Cedex
 Entreprise régie par le Code
 des Assurances