



REGLEMENT DU REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE

GAMME TREMA SANTE

(applicable à compter du 01/01/2023)

V20221207

Sommaire

Article 1 - Objet	5
Article 2 - Définitions.....	5
TITRE I - LES PRESTATIONS	7
Article 3 - Prestations, étendue des garanties	7
3.1 - Principe des garanties	7
3.2 - Dispositions générales relatives aux prestations	8
3.3 – Garanties contractées auprès de plusieurs organismes assureurs	9
3.4 - Dispositions relatives aux prestations optiques.....	9
3.5 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires, aides auditives et « autres prothèses et divers »	10
3.6 - Dispositions relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires	10
Article 4 - Conditions de versement des prestations	11
4.1 - Paiement des cotisations	11
4.2 - Déclaration des sinistres	11
4.3 – Forclusion - Déchéance	12
4.4 - Contrôles médicaux.....	12
4.5 - Délai de versement des prestations.....	12
TITRE II - FRAIS MEDICAUX, SOCLE COLLECTIF	12
Article 5 - Adhésion : modalité, prise d'effet, durée, renouvellement	12
Article 6 - Obligations de l'Adhérent	14
6.1 L'Adhérent s'engage à :	14
6.2 Obligations de l'adhérent	14
Article 7 - Affiliation des membres du personnel.....	14
7.1 - Conditions, date d'effet et formalités de l'affiliation.....	14
7.2 - Maintien de l'affiliation	15
7.3 - Suspension de l'affiliation	16
7.4 - Cessation des droits des participants.....	16
Article 8 - Cotisations	16
8.1 - Montant des cotisations.....	16
8.2 - Paiement des cotisations	17
8.3 - Révision des cotisations	18
Article 9 - Résiliation de l'adhésion au règlement.....	18
9.1 - Cas et conditions de résiliation	18
9.2 - Effet de la résiliation.....	19

Article 10 - Comptes du régime.....	19
TITRE III –COMPLEMENT INDIVIDUEL DE FRAIS MEDICAUX,	19
Article 11 - Accès aux compléments individuels de frais médicaux.....	19
Article 12 - Modalités de mise en œuvre- Résiliation	19
Article 13 - Bénéficiaires du Complément Individuel.....	20
Article 14 - Conditions d'ouverture des droits	20
Article 15 - Date d'effet, modification du niveau de garanties résultantes.....	21
Article 16 - Détermination des cotisations.....	21
Article 17 - Versement des cotisations.....	21
Article 18 - Terme de la couverture – conséquences sur les cotisations et prestations en cours.....	22
18.1 – Résiliation par le participant du Complément Individuel de frais médicaux (démission).....	22
18.2 – Exclusion- nullité.....	22
18.3 - Cessation de l'affiliation du salarié au Socle Collectif	23
18.4 - Amélioration du Socle Collectif au-delà du niveau du Complément Individuel	23
TITRE IV – FRAIS MEDICAUX, MAINTIEN DES GARANTIES DU SOCLE COLLECTIF A TITRE INDIVIDUEL.....	23
Article 19 - Maintien des garanties à titre individuel	23
Article 20 - Complément Individuel.....	24
TITRE V – FRAIS MEDICAUX, DISPOSITIONS GENERALES	24
Article 21 - Tiers Payant.....	24
Article 22 - Délai de stage et de carence.....	25
Article 23 - Prescription, Déclaration tardive	25
Article 24 - Juridiction compétente.....	25
Article 25 - Recours subrogatoire.....	25
Article 26 – Information - Réclamations- Médiation- Tribunal compétent	26
26.1 – Réclamations	26
26.2 – Médiation	26
26.3 – Tribunal compétent	26
Article 27 – Dispositions Diverses	26
27.1 - Autorité de contrôle.....	26
27.2 - Confidentialité.....	27
27.3 - Secret professionnel.....	27
27.4 - Validité du règlement – loi applicable – langue utilisée	27
27.5 Protection des données.....	27
ANNEXE 1 - GAMME DE PRESTATIONS SOCLE COLLECTIF.....	29
ANNEXE 2 - Gamme de prestations Complément Individuel.....	33

ANNEXE 3 - INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE	34
ANNEXE 4 – RATIOS REGLEMENTAIRES.....	35
ANNEXE 5 – PRESTATIONS D’ASSISTANCE : LOURMEL ASSISTANCE	36

Article 1 - Objet

Le présent règlement a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles CARPILIG/P, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, immatriculée sous le numéro 533.889.960, dont le siège social est situé au 108, rue de Lourmel, 75015 PARIS, garantit le versement de frais de soins de santé au profit :

- des salariés (et de leurs éventuels ayants droit lorsque l'entreprise a demandé la garantie des ayants droit dans le cadre de son adhésion au règlement) des entreprises Adhérentes au présent règlement.
- des salariés (et de leurs éventuels ayants droit) qui souhaitent à titre individuel compléter leur couverture frais médicaux dont ils bénéficient au titre d'une adhésion de leur employeur au présent règlement CARPILIG/P. Ces compléments de garanties sont à la charge exclusive des salariés concernés.
- des anciens salariés ou de leurs ayants droits, à titre individuel, se trouvant dans des situations spécifiques où ils ne peuvent plus être affiliés au contrat collectif frais médicaux.

Par défaut et sauf dérogation prévue à l'adhésion, les dispositions prévues dans ce règlement répondent aux caractéristiques des contrats « Responsables » définies par les articles L.871-1, R871-1 et R-871-2 du Code de la Sécurité sociale et du panier de soins minimum défini par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France.

Les dispositions du présent règlement s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2023.

Article 2 - Définitions

Actes hors nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures

Actes non remboursés par la Sécurité sociale : actes inscrits à la CCAM (Classification commune des actes médicaux) avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0% », un prix unitaire égal à 0, un code « remboursement exceptionnel » renseigné à blanc ou avec « N », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Adhérent : l'employeur ayant adhéré au présent règlement pour la mise en œuvre des garanties indiquées au certificat d'adhésion, au profit de tout ou partie de ses salariés ou anciens salariés, si ces derniers sont prévus au certificat d'adhésion.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance-maladie.

Ayant droit : désigne les personnes rattachées à un Participant et qui peuvent bénéficier à ce titre de la garantie du règlement. Peuvent être ayant droit d'un Participant au titre du règlement :

- le Conjoint ou Concubin,
- les Enfants à charge.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par CARPILIG/P en cas de réalisation d'un risque garanti au titre du contrat.

Catégorie : catégorie socioprofessionnelle des salariés (cadres et/ou non-cadres) précisée dans le bulletin d'adhésion. L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résulte de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Complément Individuel : le complément de garanties frais médicaux auquel le salarié participant a décidé de participer en plus du Socle Collectif. Il couvre obligatoirement le salarié et les ayants droit bénéficiaires du Socle Collectif. Dans le seul cas où la couverture collective ne peut couvrir que le salarié, celui-ci a la possibilité de rajouter ses ayants droit en tant que bénéficiaire(s) du Complément Individuel.

Concubin : la personne qui, au moment de son affiliation ou des soins vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins deux ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié. La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Conjoint : la personne liée au participant par un mariage ou un PACS et non séparée judiciairement.

Dispositif de couverture santé à étage : il s'agit de l'ensemble constitué par le cumul des garanties issues du Socle Collectif et du Complément Individuel.

Enfant 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 18 ans et être à la charge fiscale 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 :
 - o de poursuivre ses études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - o de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance,
 - o d'être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
 - o 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

Fait générateur : Est définie comme date de fait générateur la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux, la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.

Garantie : elle correspond à l'engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

LPP : liste des produits et prestations remboursables

Médecin traitant : médecin choisi par le bénéficiaire âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins tel qu'indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire (article L162-5-3 du code de la sécurité sociale).

Nomenclature : documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

PACS : il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Participant : le salarié ou ancien salarié (si ce dernier est prévu au certificat d'adhésion), quel que soit son âge, au profit duquel l'employeur a adhéré au présent règlement pour la mise en oeuvre des garanties indiquées au certificat d'adhésion.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par CARPILIG/P.

Remboursements :

- Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de soins de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire et qui reste donc à charge de l'assuré. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale et le Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale.

Risque : le risque est un événement pouvant mettre en oeuvre la garantie du règlement

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque.

Socle Collectif : le niveau de couverture du régime collectif frais médicaux de CARPILIG/P auquel l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le participant.

TITRE I - LES PRESTATIONS

Article 3 - Prestations, étendue des garanties

3.1 - Principe des garanties

Les prestations sont mises en oeuvre en complément du niveau de remboursement prévu par la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, et/ou un autre organisme assureur.

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l'Assurance maladie, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses ayants droit, pendant la durée de l'affiliation, tant que l'adhésion n'est pas résiliée. L'Institution peut prendre en charge, dans les conditions fixées au certificat d'adhésion, certains frais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties reposent sur plusieurs options modulaires avec une progression de niveaux de remboursement :

- un module « SOINS-HOSPITALISATION », référencé de 1 à 7
- un module « OPTIQUE – PROTHESES », référencé de 1 à 7

Le module choisi sera nommé « Lxy », où x correspond au choix de l'option module « SOINS-HOSPITALISATION » et y au choix de l'option « OPTIQUE – PROTHESES »

3.2 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire inscrit auprès de CARPILIG/P, le droit à prestation est fonction du niveau choisi par l'Adhérent au titre du Socle Collectif ou du participant au titre du Complément Individuel.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur

Il s'entend :

- remboursement du régime obligatoire de base compris pour le Socle Collectif
- remboursement du régime obligatoire de base et du Socle Collectif pour le Complément Individuel

Le cumul des remboursements effectués auprès du participant, incluant la part du régime de base et celle des couvertures complémentaires ne peut être supérieur au total de frais encourus.

Quel que soit le niveau des garanties choisi au titre du Socle Collectif ou à celui du Complément Individuel, l'ensemble des prestations respecte le cahier des charge des contrats d'assurance santé complémentaire dits responsables défini par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties comprennent en conséquence toutes les prestations minimales telles que prévues par l'article R871-2 du code de la sécurité sociale pour être responsables.

Elle comprennent aussi toutes les prestations telles que prévues au II de l'article L911-7 du code de la sécurité sociale complété par l'article D911-1 du code de la sécurité sociale.

Sauf stipulations contraires, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme et s'appliquent exclusivement pour les soins effectués par des professionnels ou des établissements conventionnés par la Sécurité sociale.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

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

- 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 participant ou l'ayant droit ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

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

- 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 toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable des garanties au sens des articles L.871-1, R871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'institution pratique le tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

L'institution communique à l'adhérent avant l'adhésion, puis annuellement à l'adhérent, 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 (cf annexe 6).

3.3 – Garanties contractées auprès de plusieurs organismes assureurs

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 peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.4 - Dispositions relatives aux prestations optiques.

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés dans la limite d'un plafond défini pour chaque bénéficiaire.

Les remboursements en optique s'effectuent dans la limite des plafonds et des plafonds prévus à l'article R.871-2 complétés par les dispositions telles que prévues à l'article D911-1 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 .

Pour un équipement composé de deux verres et d'une monture, le plafond couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

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.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.

Pour les participants aux modules OPTIQUE-PROTHESES 5 (Lx5), 6 (Lx6) et 7 (Lx7), le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes montures et verres seront limités à celui prévu dans le module OPTIQUE-PROTHESE4 (Lx4) en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Ces montants s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires qui interviennent avant le Complément Individuel et dans la limite des frais facturés.

Les lentilles cornéennes, non prises en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu au versement d'un forfait par CARPILIG/P selon l'option choisie.

3.5 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires, aides auditives et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursement, en sus de ceux effectués par le régime de base d'assurance maladie, est plafonné à 10000 € par an et par bénéficiaire pour le cumul des prestations suivantes dont le fait générateur relève d'un même exercice civil :

- **prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale (hors 100% santé)**
- **prothèses auditives (hors 100% santé)**
- **appareillage orthopédique et autres prothèses.**

L'application de ce plafond annuel ne concerne pas les garanties obligatoires mentionnées :

- **à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale (garanties obligatoire pour avoir la qualification de « responsables »)**
- **à l'article D911-1 du code de la sécurité sociale.**

L'application de ce plafond ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge du ticket modérateur ou à celui de la limite de 25% en sus de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale.

Les implants dentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu au versement d'un forfait par CARPILIG/P selon l'option choisie.

Pour les prothèses auditives la garantie s'applique pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans à compter de la première date d'acquisition d'une prothèse. Le maximum garanti pour une aide auditive appartenant à une classe autre qu'une classe de prise en charge renforcée est de 1700 euros (ce montant incluant la part de la sécurité sociale et la participation mentionnée au 1° de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale).

3.6 - Dispositions relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules SOINS-HOSPITALISATION 4 (L4y), 5 (L5y), 6 (L6y) et 7 (L7y) qui prévoient la prise en charge de dépassements d'honoraires, il est prévu une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au dispositif OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge différenciée respecte les dispositions incluses à l'article R871-2 alinéa 2° du code de la Sécurité sociale.

Article 4 - Conditions de versement des prestations

4.1 - Paiement des cotisations

Pour que les participants ou leurs ayants droit puissent bénéficier des prestations, la garantie au moment du Sinistre ne doit pas être suspendue ou résiliée.

4.2 - Déclaration des sinistres

Les participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour percevoir des prestations correspondant aux garanties prévues sur le Certificat d'Adhésion (Socle Collectif) ou le Bulletin de Participation (Complément Individuel), de fournir à CARPILIG/P les déclarations et pièces justificatives mentionnées ci-dessous, sauf si la prestation dont a bénéficié le participant ou l'un de ses ayants droit s'effectue par une télétransmission « NOEMIE » :

- 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
- 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.
- Implants dentaires : facture acquittée détaillée du praticien
- facture détaillée du praticien dans le cas où les garanties spécifiées dans le certificat d'adhésion (socle collectif) ou le Bulletin de participation (complément individuel) prévoieraient le versement d'un forfait par CARPILIG/P.
- Cures thermales : certificat de séjour + décompte original de la Sécurité Sociale
- Vaccins : facture détaillée du pharmacien
- Consultation de Médecine Douce : facture détaillée du praticien
- Aides auditives : 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 (à vérifier avec la gestion).
- Prime de naissance / adoption : copie du livret de famille

CARPILIG/P 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.

Le membre participant peut transmettre à CARPILIG/P, pour avis préalable sur le montant de la prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Dès qu'il a connaissance de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le participant en informe CARPILIG/P qui lui délivrera une prise en charge. Cette prise en charge dispensera le participant de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites, **à l'exception, bien sûr, des frais de confort personnels (téléphone, télévision...).**

Si l'hospitalisation n'a pas donné lieu à une prise en charge par CARPILIG/P, le participant paie son séjour hospitalier à l'établissement. CARPILIG/P remboursera sur présentation de la facture originale acquittée, dans la limite des garanties.

4.3 – Forclusion - Déchéance

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être produites à CARPILIG/P 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 de mauvaise foi ou avec une intention frauduleuse à l'occasion d'un sinistre, le membre participant est déchu de ses droits et CARPILIG/P n'est redevable d'aucune prestation pour le sinistre en cause.

4.4 - Contrôles médicaux

CARPILIG/P 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 CARPILIG/P son changement d'adresse, il ne peut être joint, les prestations relatives au sinistre donnant lieu à contrôle 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 CARPILIG/P.

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

4.5 - Délai de versement des prestations

CARPILIG/P règle généralement ses prestations Frais de Soins de Santé, sur le compte bancaire ou postal du participant, 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.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de CARPILIG/P.

TITRE II - FRAIS MEDICAUX, SOCLE COLLECTIF

Article 5 - Adhésion : modalité, prise d'effet, durée, renouvellement

5.1 - La demande d'adhésion au Socle Collectif se formalise par la signature par l'entreprise d'un bulletin d'adhésion. Cette signature porte acceptation des droits et obligations définis par ce présent règlement qui est remis avant la signature du bulletin d'adhésion, de même qu'un document intitulé « document d'information normalisée » (IPID). L'acceptation de cette adhésion par CARPILIG/P est formalisée par l'édition d'un Certificat d'Adhésion qui est envoyé à l'entreprise.

5.2 - L'adhésion fait suite à un choix de mise en place d'une couverture santé dans l'entreprise conformément aux dispositions de l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale :

- suite à un accord collectif

- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (referendum)
- suite à une décision unilatérale de l'employeur (DUE)

5.3 - L'adhésion de l'entreprise est supposée répondre aux critères objectifs utilisés pour la définition du caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire définis par l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale.

5.4 - Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à CARPILIG/P :

- le niveau des garanties retenues
- le mode de détermination des garanties collectives au sens de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale
- la ou les catégories couvertes (cadre / non cadre)
- le mode de tarification retenu
- la couverture ou non des ayants droit d'un participant.

Ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des salariés concernés.

5.5 - L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. La date d'effet sera au plus tôt le 1er jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'institution. En tout état de cause, seule la date d'effet mentionnée dans le Certificat d'Adhésion fait foi entre les parties.

Lorsque concomitamment à sa demande d'adhésion, l'adhérent résilie un contrat en cours auprès d'un autre organisme assureur, en application des dispositions de l'article L932-12-1 du code de la sécurité sociale, son adhésion auprès de l'institution ne prend effet qu'au jour de la fin de son adhésion auprès de l'autre organisme assureur ou de la date de résiliation de son ancien contrat.

5.6 L'adhésion se renouvelle ensuite, au 1er janvier, par tacite reconduction pour une période d'un an allant jusqu'au 31 décembre, sauf si l'Adhérent a manifesté sa volonté de mettre fin à son adhésion.

5-7 Une dénonciation par l'adhérent peut intervenir à la fin de la première année civile d'adhésion (soit le 31 décembre), moyennant un préavis de 2 mois. Elle est notifiée par l'Adhérent à l'institution selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-8 ci-dessous.

L'Adhérent peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de son adhésion à l'institution, dénoncer son adhésion au règlement, sans frais ni pénalités, à tout moment. La dénonciation de l'adhésion prend alors effet un mois après que l'institution en a reçu notification par l'Adhérent selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-8 ci-dessous. L'Adhérent 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 dénonciation.

L'institution de prévoyance est tenue de rembourser le solde à l'Adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'Adhérent produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

5-8 Lorsque l'Adhérent a le droit de dénoncer son adhésion au règlement, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'Adhérent :

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

communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Article 6 - Obligations de l'Adhérent

6.1 L'Adhérent s'engage à :

6.1.1 Répondre exactement aux questions de CARPILIG/P relatives à la catégorie de personnel qu'il envisage de garantir, notamment lorsque celle-ci l'interroge lors de l'adhésion sur ses caractéristiques socio-démographiques.

6.1.2 Communiquer à CARPILIG/P la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 7 dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d'effet de l'adhésion au règlement,
- soit la date de l'entrée en fonction du participant dans une catégorie couverte par le régime.

6.1.3 Déclarer à CARPILIG/P tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans la catégorie professionnelle définie dans le certificat d'adhésion.

6.1.4 Déclarer à CARPILIG/P tout salarié qui, au cours de l'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie professionnelle définie dans le Certificat d'Adhésion notamment suite à une mutation dans une autre catégorie professionnelle, en précisant la date et le motif du départ ou de la mutation. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie professionnelle.

6.1.5 Communiquer à CARPILIG/P ses déclarations de données sociales par la DSN (Déclaration Sociale Nominative) aux échéances prévues par la réglementation .

6.1.6 Payer à CARPILIG/P les cotisations dues aux échéances et selon la périodicité définie à l'article 8.2.

6.2 Obligations de l'adhérent

Par ailleurs, l'Adhérent reconnaît avoir été informé par CARPILIG/P des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article 12 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, en sa qualité d'adhérent à un règlement.. Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque participant une copie de la notice d'information rédigée par CARPILIG/P, ainsi qu'à porter à leur connaissance les modifications apportées aux droits et obligations des participants en leur remettant une nouvelle notice rédigée par CARPILIG/P trois mois au moins avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Les preuves de la remise de la notice d'information aux participants et de l'information relative aux modifications de l'adhésion incombent à l'Adhérent.

Article 7 - Affiliation des membres du personnel

7.1 - Conditions, date d'effet et formalités de l'affiliation

7.1.1 L'adhésion entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Adhérent, appartenant à la catégorie professionnelle définie dans le certificat d'adhésion. Le caractère obligatoire de l'affiliation n'est pas remis en cause dans le cadre des dispenses prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale et retenues dans l'acte de mise en place du régime par l'Adhérent.

En cas de mise en place de l'adhésion au règlement dans le cadre d'une décision unilatérale de l'Employeur, il est rappelé que le choix est laissé aux salariés présents dans l'entreprise à la date d'effet de l'adhésion, d'être affiliés et ce sans remise en cause du caractère obligatoire du régime. Le choix d'être affilié est alors irrévocable tant que le salarié ayant fait ce choix appartient à la catégorie socio-professionnelle définie dans le certificat d'adhésion.

7.1.2 L'affiliation ne peut toutefois produire ses effets que dans la mesure où chaque participant renseigne intégralement et signe, soit lors de l'adhésion de l'entreprise, soit lors de son entrée en fonction, la Déclaration d'Affiliation Frais de Soins de Santé type de CARPILIG/P, dans laquelle il précise notamment son état civil et éventuellement ses ayants droit (Conjoint, Concubin, partenaire lié par un PACS, Enfants à charge) dont il souhaite faire bénéficier de l'adhésion dans la mesure où le Certificat d'Adhésion le prévoit.

7.1.3 La qualité de participant lui est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l'affiliation visées à l'article 7-1-2 ci-dessus :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'adhérent au règlement lorsqu'il figure à cette date sur l'état récapitulatif complet du personnel en activité, en arrêt de travail et en congé maternité
- à sa date d'embauche ou de mutation dans la catégorie professionnelle définie dans le certificat d'adhésion, si elle est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au règlement..

7.1.4 Le participant doit joindre avec la déclaration d'affiliation, selon sa situation :

- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- la copie de son livret de famille,
- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation de concubinage de plus de deux ans et un justificatif de domicile commun pour les concubins,
- 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 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
- outre ces justificatifs, 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.

A défaut, les garanties ne peuvent prendre effet.

7.2 - Maintien de l'affiliation

L'affiliation au régime et par conséquent aux garanties est maintenue au participant qui se trouve en situation de :

- congés maternité et adoption
- congés de paternité,
- congés financés par un Compte Epargne Temps,

- congés sans solde d'une durée inférieure à 30 jours calendaires
- congés formation avec maintien de salaire total ou partiel de l'Adhérent

Les garanties sont également maintenues lorsque le salarié dont le contrat de travail est suspendu bénéficie :

- d'un maintien total ou partiel de salaire de son employeur,
- d'indemnités journalières complémentaires financées en partie au moins par son employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou versées pour le compte de l'employeur par l'intermédiaire d'un tiers),
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Dans tous les cas, les cotisations correspondantes sont dues. L'assiette à retenir pour le calcul des cotisations ne dépendant pas des tranches de salaire, demeure inchangée.

7.3 - Suspension de l'affiliation

L'affiliation au régime et par conséquent aux garanties est suspendue lorsque le participant est en congé sans solde d'une durée supérieure ou égale à un mois.

7.4 - Cessation des droits des participants

7.4.1 Cas de cessation des droits

L'affiliation du participant est résiliée de plein droit :

- soit à la date de résiliation de l'adhésion de l'entreprise au règlement,
- soit à la date de départ de l'entreprise notamment en cas de démission, de départ à la retraite ou de licenciement (hors portabilité des droits- article L911-8 du code de la Sécurité sociale)
- soit à la date de mutation dans une catégorie autre que celle figurant sur le Certificat d'Adhésion.

7.4.2 Maintien des garanties à titre individuel

Dans les conditions définies dans le TITRE IV du présent règlement, il est possible pour les salariés et/ou leurs ayants droit de continuer à bénéficier des garanties Frais de Soins de Santé définies dans le Certificat d'Adhésion de l'entreprise correspondante, dans la mesure où ils bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Article 8 - Cotisations

8.1 - Montant des cotisations

8.1.1 Les taux de cotisations sont définis dans l'annexe tarifaire jointe au présent règlement et sont fixés dans le certificat d'adhésion. Ils peuvent être exprimés en tarif unique ou en fonction de la composition familiale de chaque participant, voire en fonction du nombre de bénéficiaires de la garantie. Plusieurs types de tarifications dans le contrat collectif sont possibles. Le tarif choisi par l'Adhérent s'applique obligatoirement à tous les participants :

1^{ère} possibilité de tarif : Cotisation unique. La cotisation est unique et ne dépend pas de la composition familiale du participant. Son Conjoint ou Concubin et ses Enfants à charge sont automatiquement couverts.

2^{ème} possibilité de tarif : Cotisation « Conjoint distinct ». La cotisation couvre obligatoirement le participant et ses Enfants à charge. Chaque participant peut choisir individuellement de faire bénéficier son Conjoint ou Concubin des garanties.

3^{ème} possibilité de tarif : Cotisation « Isolé Famille ». La cotisation couvre obligatoirement le participant. Chaque participant peut choisir individuellement de faire bénéficier son Conjoint ou Concubin et ses Enfants à charge des garanties

4^{ème} possibilité de tarif : Cotisation « Isolé / Duo / Famille ». La cotisation couvre obligatoirement le participant . Chaque participant peut choisir individuellement de faire bénéficier

- son Conjoint ou Concubin ou un Enfant à charge des garanties (cotisation « Duo »)
- son Conjoint ou Concubin et ses Enfants à charge des garanties (« cotisation Famille »)

5^{ème} possibilité de tarif : Cotisation « Adulte / Enfant ». La cotisation couvre obligatoirement le participant. Chaque participant peut choisir individuellement de faire bénéficier son Conjoint ou Concubin et/ou ses Enfants à charge des garanties.

Les enfants sont inscrits par âge décroissant. La notion d'âge de l'enfant à charge se définit comme étant la différence entre le millésime et l'année de naissance de l'enfant, par enfant à charge avec gratuité pour :

- Pour les naissances intervenant avant le 31/12/2021, le 1^{er} et le 2^{ème} enfant inscrits, jusqu'au 31 décembre suivant la date de leur 3^{ème} anniversaire,
- le 3^{ème} enfant et les enfants suivants inscrits, quel que soit leur âge.

6^{ème} possibilité de tarif : « Cotisation Salarié ». La cotisation couvre obligatoirement et uniquement le participant. Il n'est pas possible pour le participant de faire bénéficier son Conjoint ou Concubin et/ou ses Enfants à charge des garanties.

Seuls les ayants droit définis dans la déclaration d'affiliation signée par le salarié sont garantis.

Le montant des cotisations en vigueur à la date d'effet de l'adhésion au règlement figure dans le certificat d'adhésion, selon les options choisies par l'Adhérent.

8.1.2 Les cotisations sont exprimées en euros et dépendent du nombre de jours de présence de chaque participant dans l'effectif salarié, au cours de la période écoulée. Le calcul est réalisé par l'employeur :

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouverts ou non,
- sans déduction ou abattement, en cas de travail à temps partiel,
- en plafonnant le nombre de jours déclarés à 30 jours par salarié et par mois civil.

8.2 - Paiement des cotisations

8.2.1 Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu dans les 30 premiers jours suivant chaque échéance. Les cotisations qui n'ont pas été acquittées dans ce délai sont de plein droit majorés par mois ou fraction de mois de retard , à compter de la date d'exigibilité, selon le taux fixé par l'AGIRC-ARRCO. A la demande de l'Adhérent, formalisée par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la périodicité peut devenir trimestrielle. Cette dernière option vaut pour l'ensemble des cotisations appelées par CARPILIG/P et s'applique au 1^{er} janvier pour la totalité de l'exercice.

8.2.2 A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours qui suivent l'échéance, CARPILIG/P adresse à l'Adhérent une lettre recommandée rappelant l'échéance, le montant dû, les frais de poursuite et de recouvrement, les conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties et le mettant en demeure de procéder au règlement dans les trente

jours. L'Institution peut suspendre les garanties à défaut de paiement trente jours après la mise en demeure de l'Adhérent.

L'Institution a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.

L'adhésion non dénoncée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

L'institution se réserve la possibilité d'exercer toute voie de droit qu'elle jugera utile pour procéder au recouvrement des cotisations.

8.3 - Révision des cotisations

8.3.1 L'actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence du conseil d'administration de CARPILIG/P.

8.3.2 Les cotisations sont réexaminées chaque année, et peuvent être modifiées en fonction des résultats du Socle Collectif.

Le changement de cotisations doit être signifié à l'Adhérent, au plus tard le 31 octobre de l'année N. Il prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser CARPILIG/P un mois avant la date de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation de l'adhésion au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, l'Adhérent est réputé avoir accepté le changement de cotisations.

8.3.3 Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par CARPILIG/P en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications de la base de remboursement, et à la fiscalité.

Le changement de cotisations doit alors être signifié à l'Adhérent au plus tard 2 mois avant la date de prise d'effet dudit changement de taux.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser la CARPILIG/P un mois avant la date de prise d'effet. L'adhésion est alors résiliée immédiatement. A défaut, il est réputé avoir accepté le changement de taux.

Article 9 - Résiliation de l'adhésion au règlement

9.1 - Cas et conditions de résiliation

L'adhésion au règlement ne peut être résiliée que dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

9.1.1 A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par CARPILIG/P, par lettre recommandée avec accusé de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la Poste faisant foi, CARPILIG/P pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard définis à l'article 8.2.1.

L'adhésion non résiliée reprendra effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à CARPILIG/P les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement et les pénalités.

9.1.2 En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour CARPILIG/P, alors même que le risque omis ou dénaturé par l' Adhérent a

été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion sera nulle en application des dispositions de l'article L932-7 du code de la sécurité sociale.

9.1.3 En cas de non acceptation par l'Adhérent des propositions de révisions des cotisations formulées par CARPILIG/P dans les conditions prévues à l'article 8.3, l'adhésion au règlement sera résiliée de plein droit.

9.1.4 Les garanties subsistent en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent. En cas de résiliation de l'adhésion au règlement en application de l'article L. 622-13 du code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution de prévoyance ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

9.2 - Effet de la résiliation

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de CARPILIG/P et sur ses différents fonds de réserve.

Article 10 - Comptes du régime

Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein du régime frais médicaux Socle Collectif défini dans le présent règlement.

CARPILIG/P fournit annuellement un rapport sur les comptes du régime au chef d'entreprise.

TITRE III –COMPLEMENT INDIVIDUEL DE FRAIS MEDICAUX,

Article 11 - Accès aux compléments individuels de frais médicaux

Lorsqu'elles adhèrent à un régime collectif de frais médicaux assuré par CARPILIG/P, les entreprises ouvrent automatiquement aux salariés couverts par ce régime, la possibilité d'adhérer au dispositif de couverture santé à étage, dans la mesure où ce dispositif permet d'accéder à un niveau de couverture au moins égal à celui mis en place dans l'entreprise.

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle Collectif, chaque salarié est informé par CARPILIG/P de sa faculté d'adhérer à un Complément Individuel de frais médicaux

Article 12 - Modalités de mise en œuvre- Résiliation

12-1 La décision du salarié de bénéficier d'un Complément Individuel de frais médicaux est formalisée par la signature d'un bulletin de participation au régime de Complément Individuel. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin de participation au Complément Individuel de frais médicaux précise notamment :

- Le nom, prénom, date de naissance et lieu de domiciliation du participant,
- Si ceux-ci ne sont pas couverts par le régime collectif, les noms, prénoms, date de naissance et qualité des ayants droit du salarié (conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants à charge) à faire bénéficier du régime de Complément Individuel, accompagné des pièces justificatives correspondantes (copies du livret de famille, de l'attestation de carte Vitale, et plus généralement de toute pièce demandée par CARPILIG/P justifiant de la qualité des ayants droit)
- L'entreprise dont il relève
- La date d'effet du Complément Individuel
- Le niveau de garanties résultant dans le cadre du Dispositif de Couverture Santé à étage, qui ne peut être inférieur au niveau du Socle Collectif pour lequel l'entreprise a adhéré.

Avant toute adhésion au Complément individuel de frais médicaux, le participant reçoit une fiche individuelle d'information normalisée.

La signature du bulletin de participation au régime de Complément Individuel s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 30 jours calendaires révolus à compter du moment où le participant a été informé que l'adhésion au Complément Santé individuel a pris effet (Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé).

Cette renonciation doit être signifiée à CARPILIG/P par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L932-12-2 du code de la sécurité sociale (par moyen il faut entendre, soit une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance , soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'institution de prévoyance propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication). **Une renonciation au Complément individuel ne peut intervenir que si**

aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation. CARPILIG/P est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

Modèle à envoyer à Groupe Lourmel, Service ADHESION SANTE , 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15:
« Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le _____, demeurant _____ déclare renoncer expressément à l'adhésion au régime de Complément Individuel TREMA SANTE COMPLEMENTAIRE auquel j'ai adhéré en date du _____ auprès de CARPILIG/P, et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à : _____, le _____

Signature : Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Article 13 - Bénéficiaires du Complément Individuel

Les garanties du Complément Individuel de frais médicaux couvrent à minima le salarié et l'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du Socle Collectif. Le Complément Individuel ne peut pas être mis en œuvre pour une partie des bénéficiaires du Socle Collectif.

Dans le cas où le Socle Collectif ne peut couvrir que le salarié, à l'exception de tout ayant droit, que ce soit à titre obligatoire ou facultatif, le salarié a la possibilité d'étendre le Complément Individuel à tout ou partie de ses ayants droit dans la mesure où ceux-ci ne bénéficient pas d'une autre couverture santé auprès d'une institution de Prévoyance, d'une Mutuelle , d'une société d'assurance ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de l'ACC (Complémentaire Santé Solidaire).

Toute modification apportée à la liste des bénéficiaires du Socle Collectif entraîne automatiquement à la même date d'effet, celle du Complément Individuel. Lorsque cette modification entraîne une augmentation du montant annuel de cotisation du Complément Individuel, CARPILIG/P informe par courrier le participant des modifications en résultant dans l'échéancier de cotisation du Complément Individuel. A compter de la date d'envoi de ce courrier, le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour diminuer son niveau de garantie ou pour résilier dans les conditions de l'article 18 son adhésion au Complément Individuel.

Article 14 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque, à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de CARPILIG/P au titre du Complément Individuel et que le participant est inscrit auprès de CARPILIG/P au titre du Socle Collectif. De plus, la garantie du participant ne doit pas être résiliée ou suspendue pour non-paiement des cotisations du Complément Individuel.

Article 15 - Date d'effet, modification du niveau de garanties résultantes

La date d'effet du Complément Individuel est fixée au premier jour du mois qui suit la demande d'adhésion ou à la date spécifiée sur le bulletin de participation au Complément Individuel si elle est ultérieure. Elle ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'effet du contrat collectif auquel est affilié le participant.

Si pour adhérer au Complément individuel, le participant résilie un autre contrat d'assurance couvrant le même risque et souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance, le Complément individuel ne peut prendre effet avant la date effective de résiliation de cet autre contrat d'assurance.

L'adhésion au Complément Individuel est conclue jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours et se renouvelle annuellement par tacite reconduction, au premier janvier pour une durée d'un an.

Pour toute demande du participant reçue par CARPILIG/P avant le 31 octobre de l'exercice en cours, le changement de niveau de garanties correspondantes interviendra avec effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

Tout changement de domicile doit être déclaré par le participant. A défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produisent tous leurs effets.

Article 16 - Détermination des cotisations

16.1 La cotisation annuelle est définie dans l'annexe tarifaire jointe au présent règlement. Elle dépend du choix du participant en termes de garantie résultante et des ayants droit couverts, du niveau de garanties dans le Socle Collectif et de ses ayants droit affiliés dans celui-ci. L'actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence du conseil d'administration de CARPILIG/P sur délégation de l'assemblée générale ou de la commission paritaire

16.2 Si le Socle Collectif peut couvrir les ayants droit du salarié, à titre obligatoire ou optionnel, alors la cotisation du Complément Individuel est indépendante du nombre d'enfants à charge couverts par la garantie.

16.3 Si le Socle Collectif ne peut pas couvrir les ayants droit du salarié, alors la cotisation dépend du nombre de personnes (salarié + conjoint) couvertes dans le régime Complément Individuel. Les cotisations relatives aux enfants à charges sont systématiquement gratuites.

Seuls les bénéficiaires définis dans le bulletin de participation signé par le salarié sont garantis.

Dans ce cas, seuls les bénéficiaires définis dans le bulletin de participation signé par le salarié sont garantis.

16.4 Dans le cas où une amélioration du Socle Collectif interviendrait en deçà du niveau de Complément Individuel, la cotisation correspondante au Complément Individuel est automatiquement révisée.

Article 17 - Versement des cotisations

Le salarié, par la signature du bulletin de participation au Complément Individuel, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle. Cette cotisation est payable d'avance et fractionnée par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique du compte bancaire du participant, ou éventuellement par toute autre solution mise en œuvre par CARPILIG/P. Les éventuels frais d'impayés sur prélèvements pourront être imputés au salarié.

L'entreprise Adhérente au Socle Collectif ne peut être tenue pour responsable de tout ou partie de la cotisation liée au Complément Individuel.

Article 18 - Terme de la couverture – conséquences sur les cotisations et prestations en cours

Le terme de la participation au Complément Individuel intervient dans un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative du participant (démission)
- en cas de de résiliation à l'initiative de CARPILIG/P (exclusion)
- automatiquement, le jour où le participant n'est plus affilié au Socle Collectif ou par suite d'amélioration du Socle Collectif (garanties, couverture des ayants droit) au-delà du Complément Individuel souscrit.

18.1 – Résiliation par le participant du Complément Individuel de frais médicaux (démission)

Le participant peut dénoncer son adhésion au Complément individuel de frais médicaux :

- à la fin de la première année civile suivant son adhésion à cette garantie Complément individuel de frais médicaux (soit au 31 décembre), moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de sa garantie Complément individuel de frais médicaux, et ce sans frais ni pénalités. La dénonciation prend effet un mois après que l'institution en a reçu notification par le participant.

Le participant n'est redevable que de la partie de cotisation relative à ce Complément individuel de frais médicaux correspondant à la période pendant laquelle ce risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. L'institution rembourse le solde au 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 au participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

En cas d'augmentation de la cotisation en cours d'adhésion concernant le Complément individuel de frais médicaux, ou en cas de modification apportée à ses droits et obligations relatifs à cette garantie Complément individuel frais médicaux, le participant peut résilier sa garantie en envoyant une demande de résiliation à l'institution dans les trente jours suivant la notification: ladite résiliation prenant effet dès que l'institution en a reçu notification par le participant.

Le participant peut résilier le Complément individuel de frais médicaux :

- Soit par lettre ou tout autre support durable adressé à l'institution,
- Soit par déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;
- Soit par acte extrajudiciaire adressé à l'institution;
- Soit, lorsque l'institution de prévoyance propose l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'institution confirme par écrit au participant la résiliation du Complément individuel de frais médicaux.

18.2 – Exclusion- nullité

18-2-1 A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour CARPILIG/P de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie Complément Individuel peut être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure.

Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations ou fractions de cotisation doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion pour la garantie Complément individuel de frais médicaux. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

18-2 En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion au Complément individuel de frais médicaux est nulle.

Les cotisations acquittées restent acquises à CARPILIG/P qui a droit à toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'institution a le droit de maintenir la garantie Complément individuel de frais médicaux moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation à la garantie Complément individuel de frais médicaux prend fin dix jours après notification adressée au participant par lettre recommandée ; l'institution restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie Complément individuel de frais médicaux 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 participant pour la garantie Complément individuel de frais médicaux par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues pour cette garantie si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

18.3 - Cessation de l'affiliation du salarié au Socle Collectif

L'adhésion au règlement pour la garantie Complément individuel est automatiquement résiliée le jour où le salarié ne bénéficie plus des garanties du Socle Collectif quelle qu'en soit la raison (par exemple, démission du salarié de l'entreprise ayant adhéré au Socle Collectif, changement de catégorie pour une catégorie non couverte par le régime assuré par CARPILIG/P, résiliation de l'adhésion de l'entreprise au Socle Collectif, etc.)

18.4 - Amélioration du Socle Collectif au-delà du niveau du Complément Individuel

L'adhésion au Complément Individuel cesse automatiquement le jour où une amélioration des garanties et/ou de la prise en charge des ayants droit du salarié dans le Socle Collectif conduit à porter cette couverture à un niveau égal ou supérieur à celui atteint dans le Complément Individuel, pour l'ensemble des bénéficiaires couverts par ce dernier.

TITRE IV – FRAIS MEDICAUX, MAINTIEN DES GARANTIES DU SOCLE COLLECTIF A TITRE INDIVIDUEL

Article 19 - Maintien des garanties à titre individuel

Peuvent continuer à bénéficier des garanties Frais de Soins de Santé définies dans le Certificat d'Adhésion de l'entreprise correspondante, les personnes suivantes, dans la mesure où elles bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail :

- moyennant le paiement de cotisations spécifiques, à titre individuel, les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de

travail ou de leur fin de période de portabilité des droits (loi Evin). Dans ce cas seuls les salariés peuvent être bénéficiaires de ces garanties.

- moyennant le paiement de cotisations spécifiques, à titre individuel, les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès (Loi EVIN).
- à titre gratuit pendant 9 mois, les bénéficiaires rattachés à l'affiliation du participant décédé, sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès.
- à titre gratuit pendant 15 mois, les anciens salariés (et leurs ayants droit rattachés au contrat collectif) bénéficiaires d'une prestation d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie versée par la Sécurité sociale au moment de leur licenciement. Ce maintien des garanties cesse automatiquement dès que l'ancien salarié perd le bénéfice de sa pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale.
- Dans le cadre de la portabilité des droits, à titre gratuit pendant une durée égale à celle du dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur), appréciée en mois entiers et pour une durée maximale de 15 mois, l'ancien salarié et ses ayants droit dans la mesure où la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage et n'est pas consécutive à une faute lourde. Le maintien cesse également si le salarié ne bénéficie plus de l'indemnisation versée par le régime d'assurance chômage.

Le maintien gratuit des droits prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat des salariés pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification des garanties de la population assurée correspondante, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié ainsi qu'à ses ayants droit, s'il y a lieu. La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise adhérente au règlement entrainera de fait l'arrêt du maintien des garanties à titre gratuit.

Par exception, le dispositif de portabilité est également applicable aux salariés qui font l'objet d'un licenciement dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire et/ou de cessation d'activité.

Article 20 - Complément Individuel

Seuls les maintiens gratuits des droits définis à l'article 19 peuvent ouvrir la possibilité, à la demande des intéressés, d'adhérer à un Complément Individuel temporaire de frais médicaux, de durée maximale équivalente à celle du maintien gratuit des droits.

Les cotisations relevant de ce Complément Individuel sont à la charge exclusive des intéressés, sans aucune participation de l'entreprise.

Les caractéristiques de ce Complément Individuel répondent aux articles 11 à 17 du présent règlement, à l'exception de son terme : la cessation du bénéfice du maintien gratuit des droits entraîne automatiquement celle du Complément Individuel.

Ce Complément Individuel n'est pas ouvert aux bénéficiaires du dispositif relatif à la Loi Evin du maintien des garanties (deux premiers alinéas de l'article 19)

TITRE V – FRAIS MEDICAUX, DISPOSITIONS GENERALES

Article 21 - Tiers Payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par CARPILIG/P, les remboursements effectués par le régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des frais.

Au terme de leur affiliation, le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leur carte de Tiers Payant à CARPILIG/P. Dans le cas où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage

de leur carte de tiers payant, CARPILIG/P est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à compenser ces sommes avec d'autres prestations dues par CARPILIG/P.

Article 22 - Délai de stage et de carence

Les garanties s'appliquent dès le premier jour d'affiliation du salarié au régime, quel que soit le niveau de garanties retenu.

Article 23 - Prescription, Déclaration tardive

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L932-13 du code de la sécurité sociale) .

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'Institution de Prévoyance 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 de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre CARPILIG/P a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 L932-13 du code de la sécurité sociale, 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 CARPILIG/P à l'adhérent ou 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 CARPILIG/P en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où CARPILIG/P ou le participant engage une action en justice. Dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

Article 24 - Juridiction compétente

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du contrat ou des conventions passées par la CARPILIG/P seront soumises à la juridiction compétente, soit le tribunal judiciaire.

Article 25 - Recours subrogatoire

CARPILIG/P 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 CARPILIG/P 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 CARPILIG/P 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 26 – Information - Réclamations- Médiation- Tribunal compétent

L'information des participants est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement.

26.1 – Réclamations

L'Institution met à la disposition d'un adhérent, du membre participant et de ses ayants droit la possibilité de contacter la Direction Administrative de CARPILIG/P pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent règlement, à l'adresse suivante : CARPILIG/P - Service Réclamations - 108 rue de Lourmel - 75718 Paris cedex 15

L'Institutions'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.

26.2 – Médiation

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et en cas de désaccord toujours persistant, il est possible à l'adhérent, au membre participant ou à l'ayant droit de saisir le médiateur de la consommation qui est le médiateur du CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance), 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 protection sociale (CTIP, 10, rue Cambacérès, 75008 PARIS
- par courriel : en complétant le formulaire de saisine en ligne à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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 CARPILIG/P 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 l'Institution ;
- 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.

26.3 – Tribunal compétent

En cas de litige avec l'Institution, sont exclusivement compétents les tribunaux judiciaires.

Article 27 – Dispositions Diverses

27.1 - Autorité de contrôle

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

27.2 - Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, CARPILIG/P s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

27.3 - Secret professionnel

Conformément à l'article 226-13 du Code Pénal, CARPILIG/P est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du règlement, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

CARPILIG/P s'engage pendant la durée de la relation contractuelle à :

- assurer la sécurité du traitement des données personnelles de santé par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement des données personnelles de santé,
- préserver l'anonymat desdites informations.

27.4 - Validité du règlement – loi applicable – langue utilisée

Dans l'hypothèse où l'une des quelconques dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Le règlement est régi par la loi française et plus spécifiquement par le code de la sécurité sociale. La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français

27.5 Protection des données

Les informations nominatives recueillies par CARPILIG/P, membre du Groupe Lourmel, responsable du traitement, sont nécessaires pour assurer la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion au règlement ainsi que pour la gestion commerciale de la relation entre l'Institution, l'Adhérent et les Membres Participants. Ces informations nominatives peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant 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 personnelles pourront également être utilisées par les entités composantes du Groupe Lourmel dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaire et ce, en application desdits contrats ou de l'intérêt légitime du Groupe Lourmel.

Dans ce cadre, CARPILIG/P est tenue de s'assurer que les données collectées sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les données collectées sont destinées aux services concernés du Groupe Lourmel, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires.

Le membre participant est informé que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il dispose du droit de s'opposer au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite et accessible via le site www.bloctel.gouv.fr.

Le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement et d'opposition concernant ces données, de définir des directives sur leur sort après son décès, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement.

Le membre participant peut exercer ses droits auprès du délégué à la protection des données du Groupe Lourmel par mail lourmel_ci@lourmel.asso.fr ou par courrier à l'attention du délégué à la protection des données du Groupe Lourmel à l'adresse suivante : GROUPE LOURMEL - Service Contrôle Interne – 108 rue de Lourmel -75718 PARIS CEDEX 15. L'exercice de ses droits est subordonné à la production d'un titre d'identité qui devra être joint à la demande. En cas de réclamation, le membre participant dispose d'un droit de saisir la CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

ANNEXE 1 - GAMME DE PRESTATIONS SOCLE COLLECTIF

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

UNE GARANTIE = UN BLOC SOINS / HOSPITALISATION + UN BLOC OPTIQUE-PROTHESES

Tous les remboursements s'entendent :

- en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, ou en forfait (€)
- remboursement du régime obligatoire compris (régime Général ou Alsace Moselle)
- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- à l'exclusion de la participation forfaitaire et de la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale et des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale et de la majoration de la participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale.

BLOC SOINS – HOSPITALISATION 2023

Garanties 2023		L1y	L2y	L3y	L4y	L5y	L6y	L7y	
Soins Courants	Honoraires médicaux								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	160%	200%	200%	200%	
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	160%	160%	200%	200%	
	Radiologie, OPTAM	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Radiologie, hors OPTAM	100%	100%	100%	160%	160%	200%	200%	
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	160%	200%	200%	200%	
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Transport	100%	100%	125%	160%	200%	200%	200%	
	Analyses et examens de laboratoires	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	15%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Homéopathie prescrite non remboursée par la S.S. ⁽¹⁰⁾	-	20 €	30 €	40 €	40 €	40 €	50 €		
Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁾ , par an et par bénéficiaire	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €		
Matériel médical ⁽²⁾									
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%		
Hospitalisation	Honoraires								
	Frais de séjour, établissements conventionnés ⁽³⁾	100%	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	
	Frais de séjour, établissements non conventionnés ⁽³⁾	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Honoraires, OPTAM, OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	500%	
	Honoraires, hors OPTAM, hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	160%	200%	200%	200%	
	Chambre particulière, max 90 jrs par hospitalisation	-	15 € / jr	45 € / jr	60 € / jr	75 € / jr	100€ / jr	100€ / jr	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 90 jrs par hospitalisation	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait Patient Urgences	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

BLOC OPTIQUE-PROTHESES 2023

Garantie 2023		Lx1	Lx2	Lx3	Lx4	Lx5	Lx6	Lx7	
Optique	Equipement 100% Santé⁽⁵⁾⁽⁶⁾, dans la limite des Prix Limites de Vente (PVL)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre⁽⁶⁾⁽⁷⁾ <i>Les remboursements de monture s'expriment remboursement de la SS compris, celle de verres dans la limite des PLV</i>	Verres : frais réels Monture : 50€ max	Verres : frais réels Monture : 50€ max	Verres : frais réels Monture : 75€ max	Verres : frais réels Monture : 100€ max	Verres : frais réels Monture : 100€ max	Verres : frais réels Monture : 100€ max	Verres : frais réels Monture : 100€ max	Verres : frais réels Monture : 100€ max
	- Equipement libre ADULTE⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾								
	monture seule (remb. SS inclus)	50 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €	
	équipement monture + 2 verres simples	TM +100 €	TM +125 €	TM +150 €	TM +250 €	420€, SS inclus	420€, SS inclus	420€, SS inclus	
	équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire	TM +150 €	TM +175 €	TM +200 €	TM +300 €	TM +500 €	rbt SS +520 €	560€, SS inclus	
	équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	TM +150 €	TM +175 €	TM +200 €	TM +300 €	TM +500 €	TM +500 €	610€, SS inclus	
	équipement monture + 2 verres intermédiaires	TM +200 €	TM +200 €	TM +250 €	TM +350 €	TM +550 €	rbt SS +650 €	700€, SS inclus	
	équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe	TM +200 €	TM +250 €	TM +300 €	TM +400 €	TM +600 €	rbt SS +700 €	750€, SS inclus	
équipement monture + 2 verres complexes	TM +200 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +450 €	TM +650 €	rbt SS +750 €	800€, SS inclus		
- Equipement libre ENFANT⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾									
monture seule (remb. SS inclus)	50 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €		
équipement monture + 2 verres simples	TM +100 €	TM +100 €	TM +125 €	TM +200 €	TM +250 €	TM +300 €	TM +400 €		
équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire	TM +150 €	TM +150 €	TM +175 €	TM +250 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +450 €		
équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	TM +150 €	TM +150 €	TM +175 €	TM +250 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +450 €		
équipement monture + 2 verres intermédiaires	TM +200 €	TM +200 €	TM +225 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +400 €	TM +500 €		
équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe	TM +200 €	TM +200 €	TM +225 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +400 €	TM +500 €		
équipement monture + 2 verres complexes	TM +200 €	TM +200 €	TM +225 €	TM +300 €	TM +350 €	TM +400 €	TM +500 €		
Lentilles⁽¹⁰⁾									
Lentilles remboursées par la S.S	-	100% + 120€	100% + 135€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€		
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80€	125€	150€	175€	250€		
Chirurgie réfractive de la vue⁽¹¹⁾	-	-	150€ / œil	300€ / œil	400€ / œil	500€ / œil	750€ / œil		
Dentaire	Soins et Prothèses 100% Santé⁽¹²⁾, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	
	Soins dentaires								
	Inlay / onlay (par acte)	100%	100%	125%	150%	200%	300%	400%	
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹³⁾	100%	100%	125%	150%	200%	300%	400%	
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.)	-	-	50 €	150 €	200€	300€	300€	
	Prothèses dentaires⁽²⁾								
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés⁽¹⁴⁾	125%	250%	350%	500%	550%	600%	650%	
	- Autres prothèses remboursées par la SS	125%	250%	350%	500%	550%	600%	650%	
	Orthodontie								
Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%		
Orthodontie refusée par la SS	-	-	-	300 €	350 €	400 €	450 €		
Implants (par an par bénéficiaire)	-	-	250 €	300 €	500 €	750 €	1 000 €		
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)⁽²⁰⁾	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé⁽²⁾⁽¹⁵⁾ et accessoires⁽¹⁶⁾								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus ⁽¹⁰⁾	100%	500€/app	600€/app	800€/app	1000€/app	1400€/app	1700€/app	
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ⁽¹⁰⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Accessoires	100%	125%	150%	200%	250%	350%	425%		
Autres Prestations	Médecines complémentaires et alternatives agréées⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ : <i>Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues (hors dispositif MonPsy), Pédiacre-Podologues (forfait par bénéficiaire et par an)</i>	-	-	2 x 30€	2 x 40€	3 x 40€	4 x 50€	5 x 60€	
	Psychologue, dispositif MonPsy	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance/adoption multiple)	-	200 €	300 €	300 €	300 €	500 €	500 €	
	Cures thermales⁽¹⁹⁾	65%	100% + 100€	100% + 187,5€	100% + 187,5€	100% + 322,5€	100% + 322,5€	100% + 322,5€	
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	Assistance	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	

- (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 à 10 000 € /an et par bénéficiaire, remboursement au niveau panier de soins (décret n°2014-1025 du 08/09/2014) non compris
- (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. Dans ce cas, les remboursements des options Lx5, Lx6 et Lx7 sont limités à ceux prévus à l'option Lx4
- (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) verres simples (verres mentionnés au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
- verres intermédiaires (verres mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
- verres complexes (verres mentionnés au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (9) Remboursement maximum des équipements optiques, régime obligatoire inclus (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019)
- équipement monture + 2 verres simples : 420 €
 - équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire : 560 €
 - équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 610 €
 - équipement monture + 2 verres intermédiaires : 700 €
 - équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe : 750 €
 - équipement monture + 2 verres complexes : 800 €
- (10) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (11) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (12) Soins et prothèses relevant du "100% Santé", 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 du code de la Sécurité sociale
- (13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (14) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. 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 du code de la Sécurité sociale.

(15) 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

(16) S'entendent 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.

(17) 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 Ministres de la santé publique (RNE) ;

- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie

- Pédicures-Podologues titulaire d'un diplôme d'état de pédicure podologue

(18) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an par bénéficiaire.

Remboursement sur la base de factures acquittées.

(19) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(20) 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 Sécurité sociale.

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

ANNEXE 2 - Gamme de prestations Complément Individuel

Option 2 = Bloc Soins-Hospitalisation n°2 + Bloc Optique – Prothèses n° 2

Option 3 = Bloc Soins-Hospitalisation n°3 + Bloc Optique – Prothèses n°3

Option 4 = Bloc Soins-Hospitalisation n°4 + Bloc Optique – Prothèses n° 4

Option 5 = Bloc Soins-Hospitalisation n°5 + Bloc Optique – Prothèses n° 5

Option 6 = Bloc Soins-Hospitalisation n°6 + Bloc Optique – Prothèses n°6

Option 7 = Bloc Soins-Hospitalisation n°7 + Bloc Optique – Prothèses n°7

ANNEXE 3 - INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE

Les informations exigées par Article L932-15-1 du code de la Sécurité sociale en cas de vente à distance d'opérations d'assurance individuelles ou collectives à adhésion facultative à un consommateur figurent dans le texte du règlement du régime frais de soins de santé, Gamme TREMA SANTE».

1° La dénomination de l'Institution, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN (article 1), les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle (article 27-1)

2° La base de calcul de la cotisation individuelle (article 16)

3° La durée minimale de l'adhésion (article 15) ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement (article 18-2)

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables (article 18), les modalités de l'adhésion au règlement (article 12) et de paiement de la cotisation (article 17)

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 12).

6° La loi applicable au règlement et la langue que la l'Institution s'engage à utiliser (article 27.3)

7° Les modalités d'examen des réclamations et de recours à un processus de médiation (article 27.4)

ANNEXE 4 – RATIOS REGLEMENTAIRES

Les ratios réglementaires exprimés ci-après sont calculés sur la base des comptes de l'exercice 2021

RATIO PRESTATIONS VERSEES / PRIMES HORS TAXES : 115,3%

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 : 23,1%

- **DONT FRAIS D'ACQUISITION : 13,8%**
- **DONT AUTRES FRAIS : 9,3%**

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.

ANNEXE 5 – PRESTATIONS D'ASSISTANCE :
LOURMEL ASSISTANCE



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

CARPILIG/P

SOMMAIRE

1. CADRE DES GARANTIES.....	39
1.1 COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?	39
1.2 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?.....	39
1.3 OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?	39
1.4 QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?.....	40
2. GÉNÉRALITES.....	40
2.1 DÉFINITIONS.....	40
3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE.....	44
3.1 INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE.....	44
3.2 PERMANENCE MÉDICALE.....	44
3.3 RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL	45
3.4 RÉSERVATION DE LIT ET ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	45
3.5 TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS	45
3.6 GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 16 ANS	46
3.7 GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT OU DU CONJOINT DÉPENDANT.....	46
3.8 AIDE À DOMICILE.....	46
3.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	46
3.10 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET	46
3.11 ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS.....	46
3.12 GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ	47
3.13 ÉCOLE À DOMICILE	47
3.14 AIDE AUX DEVOIRS	47
3.15 MISE À DISPOSITION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE.....	47
3.16 INFORMATIONS POUR LES PRIMO-PARENTS.....	47
3.17 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF).....	48
3.18 INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES	48
3.19 PRÉSENCE D'UN PROCHE	48
3.20 ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL.....	48
3.21 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	48
3.22 ACHEMINEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL.....	48

3.23 SUIVI DE COURRIER.....	49
3.24 AIDE À LA RECHERCHE D'UN REMPLACANT.....	49
3.25 ASSISTANCE JURIDIQUE ET FISCALE.....	49
3.26 AVANCE DE FONDS.....	49
3.27 INFORMATIONS, DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS.....	49
3.28 PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDÉ.....	50
3.29 AUXILIAIRE DE VIE.....	50
3.30 RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE.....	50
3.31 AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT DÉPENDANT.....	50
3.32 AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT OU LE CONJOINT DÉPENDANT.....	50
3.33 AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE.....	51
3.34 AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT DU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE.....	51
3.35 LES SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE » (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS).....	51
4. CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	51
4.1 EXCLUSIONS.....	51
4.2 SUBROGATION.....	52
4.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	52
4.4 RESPONSABILITÉ.....	53
4.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	53
4.6 RÉCLAMATIONS.....	53
4.7 PRESCRIPTION.....	54
4.8 CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION.....	55
4.9 FAUSSE DÉCLARATION.....	57
4.10 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE.....	57
5. TABLEAU DE SYNTHÈSE.....	58

GRUPE 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'habillement.

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 aidés. 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 polyopathologies (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, caravaning, 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 2nde 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, notwithstanding 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>	
<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 <i>(à mettre en place pendant les 30 jours qui suivent le début d'Immobilisation)</i>	
<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

Présence d'un proche au chevet (si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent)	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 (mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation)
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 (mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Présence d'un proche au chevet (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)	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 (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)	3 heures maximum/jour pendant 5 semaines maximum (mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation et ce dès le 1 ^{er} jour de l'Immobilisation de l'enfant)

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 Téléassistance	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 Téléassistance	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