

# Reflexio Plénitude

## Garantie individuelle frais de santé

### Fiche d'information

La présente fiche est soumise aux statuts et règlement mutualiste  
de FRANCE MUTUELLE

# SOMMAIRE

<b>1. La garantie Reflexio Plénitude</b>	<b>3</b>
1.1 L'objet de la garantie	3
1.2 Les conditions d'adhésion	3
1.3 Les délais d'attente	3
<b>2. Les prestations</b>	<b>4</b>
2.1 Montant ou taux et nature des prestations	4
2.2 Caractère indemnitare - Pluralité de garanties d'assurance	4
2.3 Modalités de remboursement	4
<b>2.3.1 Principe général des conditions de remboursement</b>	<b>4</b>
<b>2.3.2 Conditions spécifiques</b>	<b>5</b>
<b>2.3.3 Accident</b>	<b>6</b>
<b>2.3.4 Déchéance</b>	<b>6</b>
<b>2.3.5 Trop versé – Gestion de l'indu</b>	<b>7</b>
2.4 Les services d'assistance santé délivrés par Inter Partner Assistance	7
<b>3. La vie de la garantie</b>	<b>7</b>
3.1 Conclusion et durée de la garantie	7
<b>3.1.1 La garantie est composée :</b>	<b>7</b>
<b>3.1.2 Fourniture à distance d'opérations d'assurance</b>	<b>7</b>
3.2 Prescription	8
3.3 Modification de la garantie	8
<b>3.3.1 Modification par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration</b>	<b>8</b>
<b>3.3.2 Modification par le membre participant</b>	<b>8</b>
3.4 Résiliation de la garantie	9
<b>3.4.1 Résiliation par le membre participant</b>	<b>9</b>
<b>3.4.2 Résiliation pour modification du risque</b>	<b>9</b>
<b>3.4.3 Résiliation pour non paiement des cotisations</b>	<b>10</b>
<b>3.4.4 Résiliation de plein droit en cas de décès du membre participant</b>	<b>10</b>
3.5 Nullité pour fausse déclaration	10
3.6 Cotisations	10
3.7 Subrogation	10
3.8 Traitement des réclamations et saisine du médiateur	11
3.9 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	11
3.10 Informatique et Libertés	11
<b>4. Définition des mots clés</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXE 1 - Prestations REFLEXIO PLENITUDE</b>	<b>15</b>
<b>ANNEXE 2 - Garanties d'assistance - Assistance Santé au Quotidien</b>	<b>16</b>

# 1. La garantie Reflexio Plénitude

## 1.1 L'objet de la garantie

La présente fiche d'information a pour objet d'informer le membre participant et le cas échéant, ses ayants droit des conditions de la garantie individuelle Reflexio Plénitude ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La garantie Reflexio Plénitude assure le membre participant et le cas échéant, ses ayants droit, contre les principaux risques liés à la santé, notamment les frais liés aux soins courants (consultations généralistes et spécialistes, pharmacie ...), aux soins et prothèses dentaires, à l'optique, à l'hospitalisation en établissements conventionnés, à certains frais de prothèses et d'appareillage ainsi qu'aux frais portant sur certains soins non remboursés par la Sécurité sociale.

Les remboursements prévus par la garantie interviennent en complément des prestations servies par la Sécurité sociale. Toutefois, certaines prestations non remboursées par la Sécurité sociales peuvent être prises en charge dans les conditions détaillées par le tableau de prestations en ANNEXE 1.

Des prestations d'assistance délivrées par Inter Partner Assistance sont incluses dans la garantie (voir conditions en Annexe 2).

**Plénitude 1 propose un niveau de garantie non responsable soumis à taxes et notamment à la Taxe sur les Conventions d'Assurance (TCA) au taux majoré de 14%.**

**Les niveaux de garantie Plénitude 2, Plénitude 3, Plénitude 4 et Plénitude 5 sont conformes au cahier des charges du « contrat responsable et solidaire » défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. Ils bénéficient du taux réduit de la Taxe sur les conventions d'assurance à 7%.**

La présente fiche d'information est remise au membre participant préalablement à la signature du bulletin d'adhésion. Elle correspond aux conditions générales de la garantie. Le tableau des prestations ci-joint, décrit les conditions spécifiques de la garantie.

## 1.2 Les conditions d'adhésion

Pour bénéficier de la garantie Reflexio Plénitude, le membre participant (ainsi que son conjoint s'il est couvert par la garantie) doit être âgé d'au moins 55 ans lors de la souscription de la garantie.

La mutuelle remettra au membre participant avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion avec la présente fiche d'information sur les engagements contractuels décrivant précisément les droits et obligations réciproques. L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion comporte notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la garantie choisie.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues.

Dès la confirmation de l'adhésion, le membre participant ainsi que ses ayants droit se verra attribuer, un numéro d'adhérent (de membre participant), référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la Mutuelle.

Sous réserve des éventuels délais d'attente de la présente fiche d'information, la garantie prend effet le 1<sup>er</sup> d'un mois et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion signé, d'une copie de la pièce d'identité, d'un justificatif de domicile de moins de trois (3) mois (au choix, facture de gaz, d'électricité, de téléphone fixe ou de téléphone portable), des attestations de Sécurité sociale des personnes inscrites sur le dossier, d'un relevé d'identité bancaire et de l'encaissement du 1<sup>er</sup> versement par le débit du compte bancaire ou postal du membre participant.

## 1.3 Les délais d'attente

En l'absence de présentation d'un certificat de radiation daté de moins de trois (3) mois du précédent assureur frais de santé, les prestations sont délivrées en tenant compte des délais d'attente indiqués dans le tableau des prestations. Pendant cette période, les garanties ne sont pas en vigueur, ce qui veut dire que le membre participant ne bénéficie pas de remboursement de la mutuelle à **l'exception du ticket modérateur et du forfait hospitalier qui sont systématiquement remboursés.**

Les délais d'attentes applicables aux différentes garanties sont les suivants :

- pour les prothèses dentaires et implants :

- 2 mois pour Plénitude 3 et Plénitude 4,
- 3 mois pour Plénitude 5,
- en optique 3 mois pour Plénitude 5,
- en cas d'hospitalisation en établissements conventionnés (hors hospitalisation accidentelle et maternité) :
  - 2 mois en Plénitude 1, Plénitude 2, Plénitude 3 et Plénitude 4,
  - 3 mois en et Plénitude 5.

En cas d'hospitalisation consécutive à un accident ou liée à la maternité, le membre participant et/ou ses ayants droit sont exemptés de délais d'attente sur présentation de justificatifs selon les modalités prévues au paragraphe 2.3.2 et 2.3.3 ci-après.

## 2. Les prestations

### 2.1 Montant ou taux et nature des prestations

Les niveaux, ainsi que la nature et le montant des prestations concernant la garantie Reflexio Plénitude sont présentés dans le tableau des prestations ci-après annexé.

L'ensemble des prestations accordées par la mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

### 2.2 Caractère indemnitaire - Pluralité de garanties d'assurance

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou à la charge de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de pluralité de garanties garantissant le membre participant ou son ayant droit, conformément à l'article 2 alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°90-769 du 30 août 1990, 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 de la garantie peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. En tout état de cause, les remboursements ne pourront excéder les dépenses réellement engagées.

Toute personne bénéficiant de garanties souscrites en « sur complémentaire » doit présenter à la mutuelle les originaux des décomptes de prestations payées par la caisse d'assurance maladie ainsi que les décomptes originaux de l'assureur santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité sociale et par l'assureur santé de premier niveau.

### 2.3 Modalités de remboursement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre-participant (ou de son ayant-droit) soit sur présentation des pièces justificatives ci-après énumérées, soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire. Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

#### 2.3.1 Principe général des conditions de remboursement

Pour tous les dossiers, hors échanges CPAM, l'original du décompte de la Sécurité sociale ou de l'impression du décompte Ameli ou de tout autre régime obligatoire ou encore le reçu des tickets modérateurs délivré par les centres de soins, dispensaires... doit être fourni.

Le membre-participant ou son ayant-droit doit transmettre à la mutuelle ces justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire obligatoirement figurer son numéro d'adhérent (membre participant).

En vue du règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la mutuelle sont :

- la prescription médicale et la facture acquittée pour certains frais;
- les notes d'honoraires ou de frais, mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINESS ;
- le décompte original/ Ameli des prestations servies par la Sécurité sociale ou, en cas de refus de prise en charge, une déclaration

de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu et notamment :

- ✓ pour la prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation sur présentation de la facture acquittée.
- ✓ pour les prestations non prises en charge par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

### 2.3.2 Conditions spécifiques

Concernant certaines garanties, si la formule choisie le prévoit et sur présentation des justificatifs demandés, la prise en charge de la mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel ou biennal en optique, chaque année s'entendant en année civile, tel que cela figure dans le tableau des prestations dans les conditions décrites ci-après :

- **pour l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation, le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour l'acupuncture**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base du décompte du régime obligatoire et de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation « généraliste » ou « Acte Technique Médical (ATM) », le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour les prothèses dentaires et implants** : France Mutuelle prend en charge les prothèses, implants, bridges et appareils amovibles sur présentation d'une facture acquittée avec désignation de l'acte conformément à la nouvelle nomenclature bucco-dentaire (avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et l'avenant 11 à la convention des médecins).

**Toutefois, un refus de prise en charge sera opposé dès lors que :**

- la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,
- les implants et prothèses dentaires ont été réalisés à l'étranger et n'ont donné lieu à aucun remboursement par le régime obligatoire français. Ces implants et prothèses dentaires ne sont alors pas remboursés par la mutuelle, sauf pour les membres participants affiliés à la caisse des français à l'étranger (CFE) conformément à l'art. 3 du règlement mutualiste de la mutuelle.

Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires, le dentiste consultant de la mutuelle se réserve le droit, le cas échéant, de :

- demander la remise d'une radiographie panoramique à jour,
- ou de soumettre le membre participant ou son ayant-droit à un examen clinique gratuit, celui-ci pouvant, s'il le souhaite, venir à ses frais, assisté de son dentiste personnel.

- **pour l'orthodontie dentofaciale, la parodontologie et le surfaçage**, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée auprès du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie. Cette demande doit intervenir avant le 16e anniversaire de l'enfant pour la prise en charge des travaux d'orthodontie. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la caisse d'assurance maladie sont pris en charge par la mutuelle dans la limite indiquée dans la garantie et sur présentation de la facture acquittée.

- **pour les frais d'optique**, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date d'adhésion à la garantie. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois ne pourra donner lieu à une prise en charge par France Mutuelle. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le remboursement des frais d'optique s'effectue sur la base de :

- la prescription médicale,
- la facture détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture.
- en cas de renouvellement de l'équipement intervenant sur une période inférieure à deux ans, la prescription médicale doit porter une mention du médecin ophtalmologue attestant du niveau d'évolution de la vue du membre-participant ou de son ayant-droit.

- **pour les lentilles de contact refusées, la chirurgie réfractive et les vaccins**, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte.

- **pour les auxiliaires médicaux** exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres, en cas de dépassement d'honoraires, la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.

- **pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger**, à l'exception des prothèses dentaires et

implants réalisés à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle (voir prothèses dentaires et implants *supra*), les factures détaillées et le décompte original de la caisse d'assurance maladie française afférent à ces soins à l'étranger.

- **pour les frais de prothèses** (hors prothèses dentaires et implants voir *supra*) **et d'appareillage**, le décompte de la caisse d'assurance maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat.
- **pour le matériel acoustique**, le décompte de la caisse d'assurance maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
- **pour la prise en charge hospitalière en établissement conventionné** (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : le membre participant, son ayant-droit ou l'établissement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge par courrier à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE  
Centre de Gestion  
10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75 089 Paris Cedex 02

ou par courriel à [pec@francemutuelle.fr](mailto:pec@francemutuelle.fr) ou par fax au numéro : 01 80 18 91 90 afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière (hors hospitalisation en ambulatoire), et le forfait journalier hospitalier.

En cas de dépassement d'honoraires, le membre-participant ou son ayant-droit doit remettre à la mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau de facturation S3404 et mode opératoire).

- **Pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation**, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par la garantie, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la caisse d'assurance maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. Le membre participant doit acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la caisse d'assurance maladie et factures originales dûment acquittées).
- **Pour la cure thermale**, la part mutuelle est remboursée sur présentation du décompte de la caisse d'assurance maladie et de la facture originale de l'établissement.
- **pour les autres frais non pris en charge par la caisse d'assurance maladie** : un forfait annuel est accordé notamment sur les médicaments avec ou sans prescription médicale (dont l'homéopathie) mais sans remboursement de la Sécurité sociale, sur les pilules, implants et stérilets contraceptifs, sur les médicaments pour le sevrage tabagique, sur le bilan diététique, sur présentation de la facture acquittée et le cas échéant, de la prescription.

**La carte de tiers payant permet de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.**

### **2.3.3 Accident**

En cas d'accident, le membre participant doit informer la mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent.

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle du membre participant ou de son ayant droit provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Par ailleurs, pour être exempté des délais d'attente (remboursement des frais avancés lors de l'hospitalisation dans la limite de la garantie souscrite), le membre participant doit justifier auprès de la mutuelle du caractère accidentel de son hospitalisation en adressant au centre de gestion au moins l'un des justificatifs suivants : la déclaration d'accident auprès de son assureur IARD, la photocopie du constat de police ou de gendarmerie, un certificat de l'hôpital attestant de l'origine accidentelle de l'hospitalisation, une copie de l'assignation du tiers impliqué dans l'accident.

Pour le paiement des prestations, la mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. 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 garantie 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 demeure acquise, sous la même réserve.

### **2.3.4 Déchéance**

Le membre participant est déchu de son droit aux prestations si la demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives ne parvient pas à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale,

ou le cas échéant de la date de la dépense engagée.

### 2.3.5 Trop versé – Gestion de l'indu

Les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit doivent être remboursées à la mutuelle dans les meilleurs délais. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

## 2.4 Les services d'assistance santé délivrés par Inter Partner Assistance

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, Reflexio Plénitude, France Mutuelle met à disposition des membre-participants et le cas échéant de leurs ayants droit, avec son partenaire Inter Partner Assistance Santé au Quotidien, des services d'assistance. Le détail de ces services ainsi que leurs conditions d'octroi se trouvent en ANNEXE 2 de la présente garantie.

## 3. La vie de la garantie

### 3.1 Conclusion et durée de la garantie

#### 3.1.1 La garantie est composée :

- du règlement mutualiste de France Mutuelle qui décrit les règles de fonctionnement de la garantie souscrite.
- de la présente fiche d'information qui décrit les garanties,
- du bulletin d'adhésion relatif à la garantie santé qui précise la formule choisie (Plénitude 1, Plénitude 2, Plénitude 3, Plénitude 4, Plénitude 5)

La garantie prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion. Elle est souscrite pour une durée d'un an renouvelable automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

#### 3.1.2 Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.221-18 du code de la mutualité, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un membre participant, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la mutuelle ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour cette garantie, utilise exclusivement des techniques de communication à distance, y compris, la conclusion de la garantie sur internet.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du code de la mutualité, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'à la première garantie, pour les garanties à durée déterminée suivies d'autres garanties de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux garanties ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion de la garantie initiale, pour les garanties renouvelables par tacite reconduction.

Si la garantie a été conclue à la demande du membre participant en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, la mutuelle ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion de la garantie.

Le membre participant personne physique, qui souscrit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle une garantie à distance, est informé qu'il dispose d'un **déla**

Le membre participant est informé que la garantie ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le membre participant, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

« Je soussigné [nom – prénom – numéro d'adhérent], demeurant [adresse complète], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.221-18 du code de la mutualité, à la garantie d'assurance [Numéro du contrat], souscrite le [Date de la signature du bulletin d'adhésion]

Date [À COMPLETER]

Signature [du membre participant ] »

**À cet égard, le membre participant est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :**

**(montant de la cotisation annuelle) x (nombre de jours garantis) /365.**

La lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE  
Centre de Gestion  
10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75 089 Paris Cedex 02

### **3.2 Prescription**

Conformément aux dispositions prévues par l'article L 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations issues de la présente garantie sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **3.3 Modification de la garantie**

#### **3.3.1 Modification par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration**

En application de l'article L.114-11 du code de la mutualité, chaque garantie peut être modifiée ou supprimée à tout moment par décision de l'assemblée générale ou, par délégation de l'assemblée générale, par le conseil d'administration.

Conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale (ou du conseil d'administration par délégation) est portée à la connaissance du membre participant par France Mutuelle.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci au membre participant.

#### **3.3.2 Modification par le membre participant**

Des modifications peuvent intervenir sur demande écrite du membre participant (modification des bénéficiaires, changement de formule, adhésion au pack optionnel).

- **Changement de garantie**

Le membre participant peut demander ces changements de garantie au terme d'un délai de douze mois d'adhésion. Ils ne peuvent s'opérer qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Pour ce faire, le membre participant doit en faire la demande écrite.

- **Passage à une garantie supérieure**

Les changements de garanties à la baisse et à la hausse ne peuvent s'opérer qu'au 1er janvier de chaque année, à condition que vous soyez couvert par une garantie France Mutuelle depuis au moins une année civile complète.

Pour toute demande de mutation dans une garantie supérieure, des délais d'attente seront appliqués, selon le niveau de la garantie supérieure souscrite :



- sur les prothèses dentaires :
  - 2 mois pour Plénitude 3 et Plénitude 4,
  - 3 mois pour Plénitude 5,
- en optique : 3 mois pour Plénitude 5
- en cas d'hospitalisation en établissements conventionnés (hors hospitalisation accidentelle et maternité) :
  - 2 mois pour Plénitude 1, Plénitude 2, Plénitude 3 et Plénitude 4,
  - 3 mois pour Plénitude 5.

Pendant la période d'attente, les niveaux de garantie antérieurs s'appliquent.

- **Modifications en cours d'année**

Des changements sont possibles en cours d'année au 1<sup>er</sup> jour du mois ou 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit la date d'un des événements suivants :

- Divorce ou séparation de l'assuré principal ;
- Mariage ou PACS de l'assuré
- Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré (sur présentation d'un justificatif de la CPAM)
- Décès d'un ayant droit

Pour ce faire, il suffit de contacter le service relations adhérents de FRANCE MUTUELLE :

FRANCE MUTUELLE  
Service relations adhérents  
10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75 089 Paris Cedex 02

E-mail : [contact-adherents@francemutuelle.fr](mailto:contact-adherents@francemutuelle.fr)

Ils sont joignables du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00 au numéro de tel : 01.43.57.50.99

Pièces à fournir :

- *En cas de naissance d'un enfant* : une photocopie intégrale du livret de famille ou de l'acte de naissance
- *En cas de divorce ou de séparation* : une photocopie intégrale du livret de famille ou de l'acte de naissance ou de mariage comportant une mention sur le divorce ou la séparation de corps
- *En cas de mariage ou PACS dans le cas où le conjoint(e) est assuré(e) par ailleurs* :
  - une photocopie intégrale de l'acte de naissance comportant la mention du mariage ou du PACS ou une photocopie intégrale du certificat de mariage ou du certificat de PACS
  - un certificat d'adhésion du/de la conjoint(e) fourni par son assureur frais de santé
- *En cas de perte totale et irréversible de l'autonomie (PTIA)* : la notification par la Sécurité Sociale, soit du classement dans la 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalides, soit de l'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle au taux minimum de 80% avec majoration pour assistance d'une tierce personne
- *En cas de décès d'un bénéficiaire* : l'acte de décès

### 3.4 Résiliation de la garantie

#### 3.4.1 Résiliation par le membre participant

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à FRANCE MUTUELLE **au moins deux mois avant la date d'échéance**.

#### 3.4.2 Résiliation pour modification du risque

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- bénéfice de couverture maladie universelle (CMU)

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

France Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

### **3.4.3 Résiliation pour non paiement des cotisations**

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les (10) dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue (30) trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

France Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

### **3.4.4 Résiliation de plein droit en cas de décès du membre participant**

Cependant, si la garantie couvre d'autres personnes, les droits et obligations du membre participant décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. La garantie actuellement en vigueur sera résiliée et une nouvelle garantie sera souscrite en remplacement.

## **3.5 Nullité pour fausse déclaration**

Conformément à l'article 211-14 du code de la mutualité, la garantie accordée au membre participant par FRANCE MUTUELLE est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## **3.6 Cotisations**

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle. En contrepartie de la garantie, le membre participant doit verser une cotisation annuelle exigible d'avance. Cette cotisation est due au jour de l'adhésion. Ensuite, le membre participant recevra chaque année un appel de cotisation adressé par la Mutuelle pour le paiement de la cotisation annuelle au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Le règlement de la cotisation peut être à la demande du membre participant fractionné.

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés (cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes) peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle à la Mutuelle.

Tous impôts, taxes, prélèvements divers prévus par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement, sont à la charge du membre participant.

La Mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel, ainsi que de l'évaluation du coût du risque. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la Mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision. Les modifications votées par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration sur délégation seront portées à la connaissance du membre participant et dès lors s'appliqueront d'office.

## **3.7 Subrogation**

En application de l'article L.224-9 du code de la mutualité, France Mutuelle est subrogée de plein droit à la personne couverte

victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

### **3.8 Traitement des réclamations et saisine du médiateur**

Le membre participant peut s'adresser à FRANCE MUTUELLE afin de faire part d'un désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts, du règlement intérieur ou du présent règlement mutualiste.

Dans un premier temps, le membre participant s'adressera par écrit au centre des réclamations de FRANCE MUTUELLE :

FRANCE MUTUELLE  
Service relations adhérents  
10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75 089 Paris Cedex 02

E-mail : [contact-adherents@francemutuelle.fr](mailto:contact-adherents@francemutuelle.fr)

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le membre participant pourra saisir par écrit, le médiateur de la mutuelle. L'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués avec la requête à l'adresse suivante :

FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE (FNMF)

Le médiateur  
255, rue de Vaugirard  
75015 Paris

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est affichée dans les agences France Mutuelle et est disponible sur le site internet [www.francemutuelle.fr](http://www.francemutuelle.fr) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

### **3.9 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution**

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, France Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

### **3.10 Informatique et Libertés**

Les informations collectées sont exclusivement celles nécessaires au traitement de la demande du membre participant et à l'envoi de documents commerciaux. Elles sont destinées à France Mutuelle ainsi qu'à ses partenaires contractuels. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations contenues dans son dossier. Il peut faire usage de ce droit en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessous :

FRANCE MUTUELLE  
Correspondant informatique et libertés  
Centre de gestion  
10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75 089 Paris Cedex 02

Les informations recueillies auprès du membre participant ou l'ayant droit lors d'une demande d'assistance auprès de d'INTER PARTNER Assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la garantie, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à

Inter Partner Assistance

Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

## 4. Définition des mots clés

### **Accident**

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'ayant droit et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des lésions corporelles ou le décès.

### **Aide à domicile/aide-ménagère**

Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement (ménage et courses).

### **Agent territorial**

Agent de la fonction publique territoriale. Dans la présente garantie, il s'agit du membre participant.

### **Animaux domestiques (pour l'assistance)**

Animaux de compagnies et familiers appartenant et vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, chiens et/ou chats uniquement (maximum 2) à l'exclusion de toute autre espèce, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux.

**Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

### **Autorité médicale**

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

### **Ayant-droits**

Personnes physiques qui peuvent bénéficier de la garantie Terra Santé labellisé. Le nombre d'ayant-droits est précisé sur le bulletin d'adhésion.

### **Base de remboursement**

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

On parle de :

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

### **Bénéficiaire**

Il s'agit des ayants-droits de la garantie d'assistance

### **Contrat d'accès aux soins**

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. Le membre participant et ses ayant-droits profiteront également, au titre de la complémentaire santé, Terra Santé labellisé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

**Consultation chez un médecin conventionné de secteur 1 :** Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

**Consultation chez un médecin conventionné de secteur 2 :** Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

### **Domicile**

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire figurant comme domicile sur le bulletin d'adhésion.

### **Famille / bénéficiaire (pour l'assistance)**

Il s'agit de l'adhérent et de sa famille.

La «famille du membre-participant regroupe l'ensemble des personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de corps ou le concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) de l'adhérent,
- les enfants mineurs du membre participant, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, résidant sous son toit à l'adresse indiquée au bulletin d'adhésion,
- les enfants mineurs du membre participant, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, même s'ils ne résident pas sous son toit,
- les enfants majeurs célibataires du membre participant, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, habitant en dehors de chez lui lorsqu'ils ont moins de **vingt-huit ans (28)** et qu'ils poursuivent leurs études.

### **Forfait journalier hospitalier**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

### **Franchise**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charge du contrat responsable et solidaire, la garantie Terra Santé labellisé ne rembourse pas les franchises.

### **Hospitalisation**

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

#### **Hospitalisation imprévue (Assistance)**

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire dans les 5 jours avant son déclenchement.

#### **Hospitalisation prévue (Assistance)**

Séjour prévu, d'une durée supérieure à 72 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire dans les 5 jours avant son déclenchement.

#### **Immobilisation imprévue au domicile (Assistance)**

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 5 jours.

#### **Immobilisation prévue au domicile (Assistance)**

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 8 jours.

### **Maladie**

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

#### **Maladie chronique (Assistance)**

Toute affection dont l'évolution est en cours, nécessitant un suivi et/ou un traitement réguliers.

**Mutuelle** : désigne France Mutuelle, l'organisme d'assurance porteur du risque frais de santé.

### **Membre participant**

Il s'agit de la personne physique qui a adhéré à la garantie Terra Santé labellisé. Le membre-participant est désigné au bulletin

d'adhésion.

Il doit obligatoirement :

- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer dès lors qu'il cotise à une caisse obligatoire d'assurance maladie française.
- avoir, lors de l'adhésion, plus de 16 ans

### **Participation forfaitaire d'un Euro**

La participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

La franchise est plafonnée à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, la garantie Terra Santé labellisé ne rembourse pas les franchises.

### **Personne dépendante (Assistance)**

Personne se trouvant dans l'impossibilité absolue, médicalement constatée, d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été délivré, l'une des trois prescriptions médicales suivantes :

- L'assistance constante d'un tiers, complétant les services de soins à domicile,
- L'hospitalisation en centre de long séjour,
- L'hébergement en section de cure médicale.

### **Proche**

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayant-droits et domiciliée en France.

### **Tarif de responsabilité ou tarif opposable**

Il s'agit de la base tarifaire retenue par l'assurance maladie comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

### **Ticket modérateur**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable Terra Santé labellisé prend en charge le ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales.

Cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments à 65%, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

## ANNEXE 1 - Prestations REFLEXIO PLENTUDE

### PRESTATIONS REFLEXIO PLÉNITUDE

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (tarif de référence déterminé par la Sécurité sociale) ou en euros, dans la limite des frais engagés et selon la réglementation en vigueur au 01/04/2015. Délivrées dans les conditions et limites des contrats responsables en application de l'article L8711 du code de la Sécurité sociale.

	REFLEXIO PLÉNITUDE 1	REFLEXIO PLÉNITUDE 2	REFLEXIO PLÉNITUDE 3	REFLEXIO PLÉNITUDE 4	REFLEXIO PLÉNITUDE 5
	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultation généraliste	100 % BR	100 % BR	110 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultation généraliste - adhésion CAS (1)	100 % BR	100 % BR	130 % BR	170 % BR	220 % BR
Consultation spécialiste	100 % BR (neuropsychiatrie : 20 séances max)	130 % BR	160 % BR	200 % BR	225 % BR
Consultation spécialiste - adhésion CAS (1)	100 % BR (neuropsychiatrie : 20 séances max)	150 % BR	180 % BR	220 % BR	300 % BR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses, laboratoire, dont dépistage hépatite B	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie, dont échographie et ostéodensitométrie acceptée	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie - adhésion CAS (1)	100 % BR	140 % BR	140 % BR	170 % BR	220 % BR
Auxiliaires médicaux, dont bilan du langage	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>DENTAIRE</b>					
Délai d'attente, sur les prothèses dentaires et implants uniquement (2)	Aucun	Aucun	2 mois	2 mois	3 mois
Soins courants	100 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, moins de 16 ans	-	150 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Parodontologie et Surfaçage (3)	-	-	-	-	300 €
Prothèses dentaires, dont implantologie prise en charge	100 % BR (plafond annuel de 500 €)	200 % BR	220 % BR	250 % BR	350 % BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par Implant	-	-	-	300 € (limité à 2 Implants)	500 € (limité à 2 Implants)
<b>OPTIQUE</b>					
Délai d'attente (1)	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	3 mois
Montures et verres	100 % BR	100 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR
+ Forfait monture + 2 verres simples, tous les 2 ans (4)	-	-	50 €	470 €	470 €
+ Forfait monture + 1 verre simple + 1 verre complexe, tous les 2 ans (4)	-	-	125 €	510 €	610 €
+ Forfait monture + 2 verres complexes, tous les 2 ans (4)	-	-	200 €	550 €	750 €
Participation lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 130 €	100 % BR + 180 €
Participation lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale (3)	-	-	100 €	130 €	180 €
Chirurgie réfractive, par œil (3)	-	-	-	200 €	400 €
<b>HOSPITALISATION en établissement conventionné incluant la maternité (5)</b>					
Délai d'attente, hors hospitalisation accidentelle et maternité (2)	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois	3 mois
Honoraires actes du chirurgien et d'anesthésiste	120 % BR	150 % BR	170 % BR	220 % BR	225 % BR
Honoraires actes du chirurgien et d'anesthésiste - adhésion CAS (1)	120 % BR	170 % BR	190 % BR	240 % BR	320 % BR
Forfait journalier hospitalier, y compris les soins de suite et de réadaptation en maison de convalescence	100 % Frais réels (limité à 120 jours maximum)	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait journalier hospitalier en psychiatrie	100 % Frais réels (limité à 30 jours maximum)	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	150 % BR	220 % BR	320 % BR
Frais de transport ou d'ambulance, sur prescription médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour	-	-	25 € par jour	40 € par jour	55 € par jour
Limite en jours continus, par an	-	-	30 jours	90 jours	90 jours
Chambre particulière en psychiatrie, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour, limitée à 30 jours par année civile	-	-	-	40 € par jour	55 € par jour
Lit accompagnant adulte, par jour, limitée à 15 jours par année civile	-	-	-	20 €	30 €
<b>PROTHÈSES ET APPAREILLAGES</b>					
Toutes prothèses et appareillages	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
+ Participation appareillage auditif pris en charge par la Sécurité sociale, par oreille équipée, limité à un équipement tous les 2 ans	-	240 €	350 €	700 €	1100 €
+ Participation prothèses capillaires et mammaires, sur prescription médicale (3)	-	50 €	50 €	130 €	150 €
+ Participation autres prothèses (dont orthopédiques) et tout appareillage (3)	-	50 €	50 €	110 €	130 €
+ Participation fauteuil roulant, achat ou location + livraison	-	-	-	150 €	250 €
<b>PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE</b>					
Cure thermique, acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
+ Participation cure thermique acceptée par la Sécurité sociale	-	-	-	150 €	250 €
Forfait médicaments/homéopathie prescrits ou non et non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	-	30 €	30 €	50 €	50 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
<b>FORFAIT PRÉVENTION (1)</b>					
Sevrage tabagique	-	-	-	-	-
Chiropraxie, étiothérapie, acupuncture, ostéopathie (6)	-	50 € par an	50 € par an	80 € par an	110 € par an
Bilan diététique	-	-	-	-	-
Téléagrandisseur	-	-	-	-	-
Podologie	-	-	-	-	-
<b>BONUS FIDÉLITÉ : Nouveau forfait prévention majoré, après 2 années civiles d'adhésion (2)</b>	<b>20 € par an</b>	<b>60 € par an</b>	<b>60 € par an</b>	<b>100 € par an</b>	<b>130 € par an</b>
Assistance Santé au Quotidien (7)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

(1) Le contrat d'accès aux soins (CAS) permet de bénéficier de remboursements majorés sur les honoraires des médecins. Pour vérifier si votre médecin est signataire du CAS, rendez-vous sur [amiel.fr](#) rubrique "Je choisis avant de consulter". (2) Sauf en cas de couverture complémentaire antérieure par un organisme de santé. Voir fiche d'information Reflexio Plénitude. Le ticket modérateur et les forfaits journaliers restent pris en charge durant ce délai d'attente (sauf Plénitude 1) (3) Montant maximum par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). (4) Les forfaits mentionnés couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'1 monture (dont le remboursement est limité à 150€). Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est

inférieur ou égal à +4,00. Verres complexes : tous les autres verres. (5) En établissement non conventionné, le remboursement complémentaire se limite au ticket modérateur. (6) Pour l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens inscrits au fichier ADEL. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111 du Code de la santé publique. (7) Voir conditions dans la fiche d'information Reflexio Plénitude disponible sur simple demande.

## ANNEXE 2 - Garanties d'assistance - Assistance Santé au Quotidien

EN INCLUSION CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-3 DU CODE DE LA MUTUALITE, POUR LES GARANTIES QUI LE PREVOIENT  
(voir FICHE D'INFORMATION DU CONTRAT)

24h/24 et 7J/7

Un coup de fil suffit : 01 55 92 18 50

### COMMENT CA FONCTIONNE ?

1 – **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge les services dont vous avez besoin et auxquels vous avez droit, à condition de les avoir contactés impérativement dans les 72 heures au plus tard qui suivent la date de l'évènement générateur au **01 55 92 18 50 par téléphone**. Ce service est accessible **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24**.

2 – Le bénéficiaire est le membre participant (adhérent) et ses ayants droits inscrits sur le contrat d'assurance frais de santé France Mutuelle. Communiquez votre N° adhérent, vos Nom et Prénom et votre adresse.

#### Attention

Votre **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne prend en charge que les interventions d'assistance qu'elle met en place. **Pour en bénéficier, vous devez impérativement contacter ce service avant toute démarche.**

### PARTIE I

#### SERVICES D'INFORMATIONS

##### 1. Informations Santé Plus

INTER PARTNER Assistance communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux dans une logique de prévention et afin d'aider à mieux gérer son « capital santé », de 8h00 à 20h00, du lundi au vendredi.

Il donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- **Santé au quotidien** : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...
- **« Hygiène de vie »** : facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc.)...
- **Pathologies** : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...
- **Préventions des maladies graves** : quels dépistages, quand ou pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil ...) et conseils appropriés...
- **Techniques nouvelles** ; soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, trithérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...
- **Examens médicaux** : nature des différents types d'examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc.), indications, normes...
- **Coordonnées utiles** ; centres de consultation (pour complément d'avis médical notamment) et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc.), associations de malades...
- **Données administratives** : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...

L'intervention du médecin, du chirurgien-dentiste, de l'opticien ou du diététicien se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, INTER PARTNER Assistance conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste ou son opticien ou son diététicien.

##### 2. Informations juridiques

INTER PARTNER Assistance met à la disposition des bénéficiaires un service d'informations juridiques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Les questions ou demandes sont d'ordre privé, elles ne peuvent engendrer forcément de réponse immédiate.

Selon les cas, INTER PARTNER Assistance doit se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.



Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'INTER PARTNER Assistance ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- Locaux d'habitation – Locaux professionnels
- Impôts – Fiscalité
- Impôts locaux
- Justice – Défense Recours
- Assurance
- Travail
- Protection sociale
- Les retraites
- Famille- mariage – divorce – succession
- Services publics

### 3. Accompagnement social

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** fait réaliser du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00 et prend en charge, une évaluation par téléphone de la situation du bénéficiaire par un(e) assistant(e) social(e) qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

#### Validité des garanties

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de la validité de la présente convention à toute personne bénéficiaire de cette convention.

## PARTIE II

### POUR LE BENEFICIAIRE ET LES AYANTS DROIT

#### CHAPITRE I

##### GARANTIES D'ASSISTANCE A LA DEMANDE

#### 1. Recherche d'un médecin

Si le bénéficiaire doit faire appel à un médecin et si son médecin habituel n'est pas disponible, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche un médecin dans la limite des disponibilités locales et transmet les coordonnées au bénéficiaire.

**Le coût de la prestation (déplacement, soins, honoraires...) reste à la charge du bénéficiaire.**

#### 2. Recherche d'une infirmière

Sur prescription médicale, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche une infirmière dans la limite des disponibilités locales et transmet les coordonnées au bénéficiaire.

**Le coût de la prestation (déplacement, soins, honoraires...) reste à la charge du bénéficiaire.**

#### 3. Recherche de personnel médical ou paramédical

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** fournit au bénéficiaire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les coordonnées de services ou de prestataires qualifiés proches de son domicile :

- Médecins généralistes ou spécialistes en l'absence de médecin traitant,
- Services de santé spécialisés,
- Personnel paramédical (sur prescription médicale) : aide-soignante, garde malade, infirmière, kinésithérapeute...

**Le coût de la prestation (déplacement, soins, honoraires...) reste à la charge du bénéficiaire.**

#### 4. Livraison de médicaments

A la demande du bénéficiaire, lorsque lui ou un de ses proches se trouve dans l'incapacité de se déplacer, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale de moins de trois mois.

**Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.**

#### **5. Envoi d'une ambulance**

Dans le cas où la santé du bénéficiaire le nécessite et sur prescription médicale, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise son transport vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile ou tout autre centre hospitalier désigné sur la prescription médicale pour autant qu'il se situe dans un rayon de 50 km maximum autour du domicile du bénéficiaire.

#### **6. Recherche d'une place en milieu hospitalier**

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire.

#### **7. Transmission de messages urgents**

Lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent de la responsabilité de leurs auteurs, qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne jouant que le rôle de l'intermédiaire pour leur transmission.

#### **8. Droit d'accès à la plateforme Services à la Personne**

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** met en relation le bénéficiaire, à sa demande, avec une Enseigne Nationale de Services à la Personne\* :

- du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00
- et le samedi de 9h00 à 18h00

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ouvre un dossier afin de recueillir les informations concernant l'appelant, à savoir :

- identification,
- le numéro de convention pour vérifier les droits acquis,
- la nature de la demande.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** transfère le bénéficiaire à la plateforme agréée de Services à la Personne.

La plateforme agréée de Services à la Personne se chargera de traiter la demande du bénéficiaire, de lui transmettre toutes les informations relatives à la prestation et de s'assurer de sa réalisation.

Le contenu et les modalités d'application de la prestation Services à la Personne font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément avec l'Enseigne Nationale de Services à la personne.

**Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.**

**\* Services assurés par DOMISERVE+,  
Enseigne Nationale de Services à la Personne  
Agrément 2007-1.92.018  
SA au capital de 303 750 €  
RCS Nanterre 493 837 702  
6 rue André Gide - 92320 CHATILLON**

#### CHAPITRE II

#### GARANTIES D'ASSISTANCE A LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A

**24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION IMPREVUE AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS, D'UN BENEFICIAIRE OU D'UN ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS**

#### ▪ **BENEFICIAIRE**

##### **1. Garde des enfants ou des petits enfants de moins de 16 ans**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 16h maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2h consécutives et un maximum de 8h consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge le ou les titres de transport aller/retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par du personnel qualifié.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

## 2. Garde et transfert des animaux domestiques

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

La durée de la garde ne pourra être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

## 3. Aide à domicile

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile pendant la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

## 4. Retour au domicile après hospitalisation

Si l'état de santé du bénéficiaire le justifie et sur prescription médicale uniquement, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise le retour du bénéficiaire, en fin d'hospitalisation, en ambulance jusqu'à son domicile situé dans un rayon de 50 km autour de l'établissement hospitalier.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** rembourse ces frais de transport dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles complémentaires.

### ▪ ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS

#### 1. Garde des enfants ou des petits enfants malades de moins de 16 ans

A la suite d'une maladie imprévue ou d'un accident, lorsqu'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 5 jours et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement, la garde à domicile de l'enfant malade pendant une durée maximum de 16 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

#### 2. Soutien scolaire

Lorsqu'un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours allant d'une classe du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant bénéficiaire des cours dans les matières principales suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 2 heures par jour.

Ces cours sont dispensés à compter du 16<sup>ème</sup> jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et ne peut excéder 250 euros par évènement.

Au-delà d'une intervention par an, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

### CHAPITRE III

#### **GARANTIES D'ASSISTANCE A LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION PREVUE SUPERIEURE A 72 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION PREVUE AU DOMICILE SUPERIEURE A 8 JOURS, D'UN BENEFICIAIRE OU D'UN ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS**

---

#### ▪ **BENEFICIAIRE**

##### **1. Garde des enfants ou des petits enfants de moins de 16 ans**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 16h maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2h consécutives et un maximum de 8h consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge le ou les titres de transport aller/retour en avion de ligne classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par le personnel qualifié.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

##### **2. Garde et transfert des animaux domestiques**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

La durée de la garde ne pourra être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

##### **3. Aide à domicile**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile pendant la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

#### 4. Retour au domicile après hospitalisation

Si l'état de santé du bénéficiaire le justifie et sur prescription médicale uniquement, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise le retour du bénéficiaire, en fin d'hospitalisation, en ambulance jusqu'à son domicile situé dans un rayon de 50 km autour de l'établissement hospitalier.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** rembourse ces frais de transport dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles complémentaires.

##### ▪ ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS

#### 1. Garde des enfants ou des petits enfants malades de moins de 16 ans

A la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 5 jours et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement, la garde à domicile de l'enfant malade pendant une durée maximum de 16 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

#### 2. Soutien scolaire

Lorsqu'un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours allant d'une classe du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant bénéficiaire des cours dans les matières principales suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 2 heures par jour.

Ces cours sont dispensés à compter du 16<sup>ème</sup> jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et ne peut excéder 250 euros par évènement.

Au-delà d'une intervention par an, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

### PARTIE III

#### POUR LE BENEFICIAIRE DE MOINS DE 65 ANS

##### CHAPITRE I

##### GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITE

#### 1. Informations et conseils aux jeunes parents

L'équipe médicale d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux en puériculture, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention du médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, le médecin d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

#### 2. Accompagnement psychologique

Suite à la naissance d'un enfant, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** peut mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien et prend en charge à raison de 3 entretiens téléphoniques par évènement pour l'ensemble des membres de la famille.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** se charge également s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile.

**Les frais de consultation restent dans ce cas à la charge du bénéficiaire.**

## CHAPITRE II

### GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE PREMIERE MATERNITE

---

#### Auxiliaire de puériculture

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile de la bénéficiaire à raison de 2 heures consécutives maximales dans les 5 jours ouvrés suivant la sortie de la maternité pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé de son/ses bébé(s).

## CHAPITRE III

### GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITE MULTIPLE

---

#### Aide à domicile

A la demande du bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son séjour en maternité, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge 10 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de sortie de la maternité avec un minimum de 2 heures consécutives.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.

## CHAPITRE IV

### GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 72 HEURES OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS DE LA NOURRICE SALARIEE EN CHARGE DE LA GARDE DE L'ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS

---

#### Garde d'enfants en cas de défaillance du mode de garde habituel des enfants

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge dès le 1<sup>er</sup> jour de l'évènement :

- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire pendant 8 heures maximum sur une journée
- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire - soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par du personnel qualifié.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à 1 intervention par an en cas d'absence de la nourrice habituelle et dument déclarée.

Par ailleurs, la garantie s'exerce à concurrence du nombre d'heures de garde assurées habituellement par cette personne en temps normal.

Dans le cas particulier des « nounous partagées » gardant en même temps plusieurs enfants de familles différentes, la garantie s'exerce à concurrence de la durée de garde de l'enfant bénéficiaire et au bénéfice de celui-ci exclusivement.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'évènement garanti.

**PARTIE IV**  
**POUR LE BENEFICIAIRE DE PLUS DE 65 ANS**

**CHAPITRE I**

**GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE**

---

**1. Mise à disposition d'un taxi**

Afin de permettre au bénéficiaire le retour à son domicile, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge les frais d'un taxi dans la limite de 50 euros maximum ; l'anesthésie ambulatoire interdit toute conduite d'un véhicule ainsi que le retour au domicile non accompagné.

Cette garantie n'est valable que sur prescription médicale et si aucun proche du bénéficiaire ne peut assurer le retour au domicile du bénéficiaire.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** intervient à la demande du bénéficiaire sur prescription médicale et dans un rayon de 50 km à partir du domicile du bénéficiaire.

**2. Service d'une infirmière**

Suite à une chirurgie ambulatoire et après intervention d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** pour le retour au domicile, le bénéficiaire peut joindre sur simple appel l'infirmière d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** dans les 5 jours qui suivent le jour de la chirurgie ambulatoire. Elle organise si nécessaire un contact téléphonique avec le médecin traitant ou le centre hospitalier.

**CHAPITRE II**

**GARANTIES D'ASSISTANTE EN CAS DE TRAITEMENT DE RADIOTHERAPIE OU DE CHIMIOOTHERAPIE DU BENEFICIAIRE**

---

**Aide à domicile**

A la demande du bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** recherche et prend en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son hospitalisation, soit dès son retour à son domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** prend en charge

10 heures maximum par an à répartir sur la durée du protocole avec un minimum de 2 heures consécutives.

Seul le service assistance est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.

**CHAPITRE III**

**GARANTIE D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE AIDANT DU CONJOINT DEPENDANT DE PLUS DE 65 ANS OU D'UN ASCENDANT / DESCENDANT DEPENDANT**

---

**1. Auxiliaire de vie**

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise et prend en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de vie à domicile pendant une durée maximum de 10 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement, avec un maximum de 2 heures consécutives.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que l'assistance à la personne dépendante.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

**2. Informations et conseils « dépendance »**

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Lorsqu'une réponse immédiate ne peut être apportée **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** s'engage à effectuer les recherches nécessaires et à rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements demandés.  
Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne saurait être engagée en cas d'interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- les aides disponibles,
- les associations œuvrant dans le domaine de la dépendance,
- la législation des tutelles (la capacité juridique),
- succession, décès, contrats obsèques,
- fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt,
- habitation, aménagement et matériels spécifiques

### 3. Téléassistance

Ce service, destiné à sécuriser le maintien à domicile des assurés de plus de 65 ans, permet d'obtenir une réponse rapide et adaptée en cas d'incident à domicile. Il propose également des services complémentaires.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément et proposé avec une réduction de 15% sur le tarif public pour tout assuré au titre du présent contrat.

<b>PARTIE V</b> <b>EN CAS DE DECES DU BENEFICIAIRE</b>
---

#### 1. Soutien psychologique

En cas de décès d'un bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** organise la mise en relation d'un bénéficiaire avec un professionnel, dans la limite d'un entretien téléphonique par personne, par évènement et par an.

Au-delà de cette intervention et à la demande du bénéficiaire, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** lui transmet les coordonnées d'un professionnel, les coûts de la prestation restent à la charge du bénéficiaire.

#### 2. Mise à disposition d'une personne qualifiée

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** met à disposition du conjoint bénéficiaire ou des enfants survivants, un accompagnateur pendant une demi-journée dans la limite de 4 heures, pour l'aider à accomplir les démarches administratives les plus urgentes.

Les honoraires de l'accompagnateur et les déplacements dans un rayon de 50 km sont pris en charge par **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN**.

#### 3. Information et conseil « obsèques »

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Selon les cas, **ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

<b>PARTIE VI</b> <b>CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION</b>
--

#### Responsabilité

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.



## Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

**ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN** ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

## PARTIE VII

### EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

#### Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance santé à domicile

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- 
- les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

#### Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions précisées dans les textes du présent contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Ces services sont proposés en partenariat avec Inter Partner Assistance  
6 rue André Gide 92328 CHATILLON CEDEX  
RCS NANTERRE B 316 139 500  
Convention N°0802002

<p style="text-align: center;"><b>PARTIE VIII</b> <b>RECLAMATIONS ET MEDIATION</b></p>
--

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter :

INTER PARTNER Assistance  
Service Gestion Relation Clientèle  
6, rue André Gide  
92328 CHÂTILLON

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par INTER PARTNER Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.