



Reflexio Plénitude

Garantie individuelle frais de santé

Fiche d'information

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

SOMMAIRE

1. La garantie Reflexio Plénitude	3
1.1 L'objet de la garantie.....	3
1.2 Les conditions d'adhésion.....	3
1.3 Les délais d'attente	3
2. Les prestations.....	4
2.1 Montant ou taux et nature des prestations.....	4
2.2 Exclusion	4
2.3 Modalités de remboursement	4
2.4 Tiers payant	7
2.5 Accident	7
2.6 Caractère indemnitare - Pluralité de garanties d'assurance	8
2.7 Déclaration tardive des demandes de remboursement.....	8
2.8 Trop versé – Gestion de l'indu.....	8
2.9 Fraude à l'assurance	8
2.10 Les services d'Assistance Santé au Quotidien	8
3. La vie de la garantie.....	9
3.1 Conclusion et durée de la garantie.....	9
3.2 Cotisations	10
3.3 Modification de la garantie.....	11
3.4 Résiliation de la garantie.....	12
3.5 Nullité pour fausse déclaration	12
3.6 Prescription.....	12
3.7 Subrogation	13
3.8 Traitement des réclamations et saisine du médiateur	13
3.9 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	14
3.10 Informatique et Libertés	14
4. Définition des mots clés.....	15
ANNEXE 1 - Prestations REFLEXIO PLENITUDE.....	19
ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE – MONDIAL ASSISTANCE	21
ANNEXE 3 : Descriptif de la garantie individuelle prévoyance	44

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.

Plénitude 1 propose un niveau de garantie non responsable.

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.

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 afférent au niveau de garanti souscrit, décrit les conditions spécifiques de la garantie. **A ce titre, ils bénéficient du taux réduit de la Taxe sur les conventions d'assurance modifiée.**

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 et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion. En cas de paiement fractionné, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1er versement.

Sous réserve des éventuels délais d'attente de la présente fiche d'information et du respect des conditions énumérées ci-dessus, la garantie prend effet le 1^{er} d'un mois et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion signé.

Les ayants droits du membre participants tels que définis à l'article 4 de la présente fiche d'information peuvent bénéficier de la garantie frais de santé.

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.

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 :
 - 4 mois pour Plénitude 3 et Plénitude 4,
 - 6 mois pour Plénitude 5,
- en optique 6 mois pour Plénitude 5,
- en cas d'hospitalisation en établissements conventionnés (hors hospitalisation accidentelle et maternité) :
 - 4 mois en Plénitude 1, Plénitude 2, Plénitude 3 et Plénitude 4,
 - 6 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 2.5 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^{er} janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

Toutes les prestations autres que celles mentionnées dans le tableau des prestations de la présente garantie ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

2.2 Exclusion

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) n'est pas pris en charge par la mutuelle.

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 la chiropraxie, l'étiopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture non prise en charge**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base d'une facture par séance et par bénéficiaire comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant réglé 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**: la 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 classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et 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 prothèses dentaires ont été réalisées à l'étranger. Cette exclusion ne s'applique pas pour les adhérents affiliés à la caisse des français à l'étranger (CFE) conformément à l'article 8 des statuts 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. Ce délai de 24 mois est fixe, ne pouvant être ni réduit ni allongé, le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur ne pourra donner lieu à une prise en charge par FRANCE MUTUELLE. Pour les adhésions en cours au 1er janvier 2016, il s'apprécie à compter de cette dernière date à laquelle sont entrées en vigueur les nouvelles garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable issu notamment du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Pour les adhésions postérieures, le délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion à la garantie.

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 :

- d'une prescription médicale datée de moins de 3 ans,
- de la facture acquittée et 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 de l'adhérent ou de son ayant droit. La mutuelle se réserve le droit d'exiger le décompte correspondant à la consultation d'ophtalmologie concernée.

▪ **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 sont nécessaires au règlement de la prestation.

Pour les lentilles, la durée de validité de l'ordonnance est fixée à 1 an.

- **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 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 le contrat, 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. L'adhérent 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.

En cas de prestation non prise en charge par la caisse maladie figurant dans la fiche d'information et non énumérée ci-dessus doit parvenir à la mutuelle : la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

2.4 Tiers payant

2.4.1 Le tiers payant généralisé

Depuis le 1er janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville ont la faculté de proposer le tiers payant à l'ensemble des patients bénéficiaires de l'assurance maladie. Ce dispositif, prévu par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permet à l'adhérent de ne pas avancer les frais pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque les garanties sont responsables, le tiers payant doit pouvoir s'appliquer sur les prestations visées par les nouvelles exigences du contrat responsable, au moins à hauteur de la base de remboursement de la sécurité sociale.

A compter du 30 novembre 2017, cette faculté deviendra obligatoire pour les professionnels de santé.

Pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, le tiers payant intervient sur présentation de la carte vitale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la mutuelle, le tiers payant intervient sur présentation de la carte de tiers payant dans les conditions et limites exposées au paragraphe ci-dessous.

2.4.2 La carte de tiers payant France Mutuelle

La carte de tiers payant France Mutuelle permet à l'adhérent 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.

Elle intervient, **à hauteur du ticket modérateur**, sur les postes suivants :

- Médecins généralistes et spécialistes (MGS)
- Toute la pharmacie (PHAR)
- Biologie hors soins externes (BIO)
- Radiologie hors soins externes (RAD)
- Auxiliaires médicaux (AUX)
- Soins externes (SE)
- Transports (TRA)

En cas d'hospitalisation, la carte de tiers payant permet à l'adhérent de ne pas avancer les frais:

- de ticket modérateur pour le séjour
- de forfait journalier
- de chambre particulière (lorsque les garanties souscrites le prévoient)

La carte de tiers payant France Mutuelle permet enfin une prise en charge, **à hauteur des garanties souscrites**, des équipements optiques (et prothèses dentaires à compter du 1^{er} janvier 2018) réalisés dans le réseau de soins Carte Blanche.

A la cessation des garanties, l'adhérent est tenu de restituer sa carte de tiers payant et d'en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la mutuelle pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

2.5 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.

2.6 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^{er} 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.

2.7 Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle dans un **délai de deux (2) ans** à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale ou le cas échéant, à compter de la date de la dépense engagée par le membre participant.

Au-delà, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

2.8 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.

2.9 Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il est sciemment utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux. (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...).

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

2.10 Les services d'Assistance Santé au Quotidien

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code de la mutualité, France Mutuelle met à disposition des membres-participants et le cas échéant de leurs ayants droit, 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^{er} janvier de chaque année.

3.1.2 Droit de renonciation : Fourniture à distance d'opérations d'assurance et démarchage à domicile

- **Renonciation en cas de vente à distance**

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'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 conclut 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 **délaï de quatorze (14) jours calendaires révolus** pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à la première.

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.

- **Renonciation en cas de démarchage à domicile**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informée qu'elle dispose d'un **délaï de quatorze (14) jours calendaires révolus** et ce, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion

- **Modèle de lettre de renonciation**

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 des articles L.221-18 et L.221-18-1 du code de la mutualité, à la garantie d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature du bulletin d'adhésion]

Date [À COMPLETER]
participant »

Signature [membre

À cet égard, le membre participant est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, 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 mutuelle ou l'union est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion.

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

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

3.2 Cotisations

3.2.1 Paiement des cotisations

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^{er} janvier de l'année suivante.

Le règlement de la cotisation peut être à la demande du membre participant fractionné.

3.2.2 Affectation et fixation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle

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 destinée 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. Pour un même niveau de garantie et dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité, les cotisations évoluent selon l'âge et le lieu d'habitation de l'adhérent.

3.2.3 Evolution des cotisations

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 le conseil d'administration seront portées à la connaissance du membre participant et dès lors s'appliqueront d'office.

3.3 Modification de la garantie

3.3.1 *Modification par l'assemblée générale le conseil d'administration*

Conformément aux dispositions des articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle, chaque garantie peut être modifiée à tout moment par le conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'assemblée générale.

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^{er} 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 1^{er} 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^{er} jour du mois ou 1^{er} 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

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^{ème} 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 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.

3.4.3 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 Prescription

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite

par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, 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 membre 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'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.

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.

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 : adherent@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 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

Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »).

Le responsable du traitement de ces données personnelles est Groupe France Mutuelle, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect de la confidentialité et du secret médical : gestion de la relation, prospection, études statistiques, enquêtes et sondages, prévention de la fraude, obligations légales.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'adhérent d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement de votre contrat et à l'envoi des documents commerciaux.

Ces données sont conservées durant la durée nécessaire à la relation contractuelle et conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur. Elles seront automatiquement supprimées 5 ans après la fin de notre relation contractuelle.

A ce titre, l'adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec Groupe France Mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment,

Aux partenaires commerciaux de Groupe France Mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'adhérent aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'adhérent ou de Groupe France Mutuelle

A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires

Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite et notamment lors d'une surcharge de notre standard téléphonique.

Il est précisé que toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté et au règlement européen sur la protection des données, vous disposez, sans frais et pour motif légitime, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Vous avez également le droit de définir des directives sur le sort de vos données après votre décès, en vous adressant à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés
Service juridique
10 rue du 4 septembre
CS 11601
75089 Paris Cedex 02
ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr

En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

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.

Agent territorial

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

Autorité médicale

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

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre de la présente garantie :

- Le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent tel que défini par le présent article,
- Les enfants à charge tels que définis ci-après par le présent article,

Les ayants droit bénéficiaires de la garantie frais de santé sont nommément désignés dans 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.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du code civil).

Concubin

Personne vivant en concubinage avec le membre participant exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve que le membre participant et son concubin :

- Vivent sous le même toit,
- Soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés(ées),
- Ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Conjoint

Epoux ou épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins / OPTAM – OPTAM CO

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. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat frais de santé d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

A compter du 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins laisse place :

- à l'option pratique tarifaire maîtrisée – CO (dite OPTAM- CO) pour les chirurgiens et obstétriciens
- à l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Ces options suivent le même mécanisme que le contrat d'accès aux soins. Ainsi, les adhérent et les ayants droit dont le médecin aura adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

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.

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, à l'exception du remboursement du ticket modérateur et/ou du forfait journalier hospitalier.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge au titre de la présente garantie, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par la présente fiche d'information, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 20 ans et bénéficiant de prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
- âgés de moins de 28 ans et :
 - ✓ poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant)
 - ✓ poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation)
 - ✓ inscrit à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi sous réserve de la présentation d'une attestation pôle emploi de non-indemnisation .

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^{ème} anniversaire.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent, membre participant qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance dans les 3 mois à compter de sa naissance.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants-droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit mineur de plus de 16 ans. Dès lors, le nouveau-né, le conjoint ou le concubin du mineur devenu membre participant acquière par suite la qualité d'ayant droit.

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.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} 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 frais de santé ne rembourse pas les franchises.

Hospitalisation

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

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.

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 frais de santé. 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.
- être âgé d'au moins 55 ans lors de la souscription.

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

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 frais de santé ne rembourse pas les franchises.

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 PLENITUDE

PRESTATIONS REFLEXIO PLENITUDE 2018

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) 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. Délivrées dans les conditions et limites des contrats responsables en application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

	REFLEXIO PLENITUDE 1 Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	REFLEXIO PLENITUDE 2 Remboursement Sécurité sociale + mutuelle
SOINS COURANTS		
Consultation généraliste	100% BR	100% BR
Consultation généraliste - adhésion CAS / OPTAM (1)	100% BR	100% BR
Consultation spécialiste	100% BR (neuropsychiatrie : 20 séances max)	130% BR
Consultation spécialiste - adhésion CAS / OPTAM (1)	100% BR (neuropsychiatrie : 20 séances max)	150% BR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
Analyses, laboratoire, dont dépistage hépatite B	100% BR	100% BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie - adhésion CAS / OPTAM (1)	100% BR	120% BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie, dont échographie et ostéodensitométrie acceptée	100% BR	140% BR
Auxiliaires médicaux, dont bilan du langage	100% BR	120% BR
DENTAIRE		
Délai d'attente, sur les prothèses dentaires et implants*	Aucun	Aucun
Soins dentaires, dont détartrage et scellement des sillons	100% BR	150% BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, moins de 16 ans	-	150% BR
Parodontologie et surfaçage (2)	-	-
Prothèses dentaires, dont implantologie prise en charge	100% BR (plafond annuel de 500€)	200% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par implant	-	-
OPTIQUE		
Délai d'attente*	Aucun	Aucun
Montures et verres	100% BR	100% BR
+ Forfait monture + 2 verres simples, tous les 2 ans (3)	-	-
+ Forfait monture + 1 verre simple + 1 verre complexe, tous les 2 ans (3)	-	-
+ Forfait monture + 2 verres complexes, tous les 2 ans (3)	-	-
Participation lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale (2)	100% BR	100% BR
Participation lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale (2)	-	-
Chirurgie réfractive, par oeil (2)	-	-
HOSPITALISATION en établissement conventionné incluant la maternité (4)		
Délai d'attente, hors hospitalisation accidentelle et maternité*	4 mois	4 mois
Honoraires actes du chirurgien et de l'anesthésiste	120% BR	150% BR
Honoraires actes du chirurgien et de l'anesthésiste - adhésion CAS / OPTAM (1)	120% BR	170% BR
Forfait journalier quelle que soit la nature de l'hospitalisation (7)	100% Frais réels**	100% Frais réels
Frais de séjour	100% BR	100% BR
Frais de transport ou d'ambulance, sur prescription médicale	100% BR	100% BR
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 €	18 €	18 €
Chambre particulière, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour	-	-
Chambre particulière en psychiatrie, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour, limitée à 30 jours par année civile	-	-
Lit accompagnant adulte, par jour, limité à 15 jours par année civile	-	-
PROTHÈSES ET APPAREILLAGES		
Toutes prothèses et appareillages	100% BR	100% BR
+ Participation appareillage auditif pris en charge par la Sécurité sociale, par oreille équipée, limitée à un équipement tous les 2 ans	-	240 €
+ Participation prothèses capillaires et mammaires, sur prescription médicale (2)	-	50 €
+ Participation autres prothèses (dont orthopédiques) et tout appareillage (2)	-	50 €
+ Participation fauteuil roulant, achat ou location + livraison (2)	-	-
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE		
Cure thermale, acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
+ Participation cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	-	-
Forfait médicaments/homéopathie prescrits ou non et non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	-	30 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	20 €	20 €
Forfait prévention (2)		
Sevrage tabagique	-	50 € par an
Chiropraxie, étiothérapie, acupuncture, ostéopathie (5)	-	-
Bilan diététique	-	-
Téléagrandisseur	-	-
Podologie	-	-
Après 2 années d'adhésion, le forfait prévention s'élève à :	20 € par an	60 € par an
Assistance Santé au Quotidien (6)	Incluse	Incluse
Garantie forfaitaire de 80 000 € en cas d'invalidité grave accidentelle (6)	Incluse	Incluse

*Sauf en cas de couverture antérieure par un organisme de santé. Voir règlement
**120 jours max par an, 30 en psychiatrie

(1) Le contrat d'accès aux soins (CAS) permet de bénéficier de remboursements majorés sur les honoraires des médecins dès le niveau 2 de garantie. Pour vérifier si votre médecin est signataire du CAS, rendez-vous sur amel.fr, rubrique « Je choisis avant de consulter ». A compter du 01/01/2017, les garantants font référence au CAS visent désormais l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) et l'OPTAM.CO pour les chirurgiens obstétriciens. (2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre). (3) 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. (4) En établissement non conventionné, le remboursement complémentaire se limite au ticket modérateur. (5) Pour l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L4111 du Code de la santé publique. (6) Voir conditions dans la fiche d'information Reflexio Plénitude disponible sur simple demande. (7) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

REFLEXIO PLÉNITUDE 3	REFLEXIO PLÉNITUDE 4	REFLEXIO PLÉNITUDE 5
Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Remboursement Sécurité sociale + mutuelle
110% BR	150% BR	200% BR
130% BR	170% BR	220% BR
160% BR	200% BR	200% BR
180% BR	220% BR	300% BR
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	100% BR	200% BR
120% BR	150% BR	200% BR
140% BR	170% BR	220% BR
120% BR	150% BR	200% BR
4 mois	4 mois	6 mois
150% BR	150% BR	150% BR
150% BR	150% BR	150% BR
-	-	300 €
220% BR	250% BR	350% BR
-	300 € (limité à 2 par an)	500 € (limité à 2 par an)
Aucun	Aucun	6 mois
60% BR	60% BR	60% BR
50 €	470 €	470 €
125 €	510 €	610 €
200 €	550 €	750 €
100% BR + 100 €	100% BR + 130 €	100% BR + 180 €
100 €	130 €	180 €
-	200 €	400 €
4 mois	4 mois	6 mois
170% BR	200% BR	200% BR
190% BR	240% BR	320% BR
100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
150% BR	220% BR	320% BR
100% BR	100% BR	100% BR
18 €	18 €	18 €
25€ par jour (limité à 30 jours par an)	40€ par jour (limité à 90 jours par an)	55€ par jour (limité à 90 jours par an)
-	40 € par jour	55 € par jour
-	20 €	30 €
100% BR	100% BR	100% BR
350 €	700 €	1100 €
50 €	130 €	150 €
50 €	110 €	130 €
-	150 €	250 €
100% BR	100% BR	100% BR
-	150 €	250 €
30 €	50 €	50 €
20 €	20 €	20 €
50 € par an	80 € par an	110 € par an
60 € par an	100 € par an	130 € par an
Incluse	Incluse	Incluse
Incluse	Incluse	Incluse

ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE – MONDIAL ASSISTANCE
GARANTIES D'ASSISTANCE – MONDIAL ASSISTANCE

Contactez-nous 24h/24

Un coup de fil suffit : 01 40 25 52 13 (*appel non surtaxé*)

COMMENT CA FONCTIONNE ?

Veillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par le Groupe France MUTUELLE auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article 5.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » et 5.6 « PROGRAMMES DE PREVENTION » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2 « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE » sont délivrées en cas :
 - d'Hospitalisation du Bénéficiaire ou
 - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Certaines prestations complémentaires sont délivrées lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile est un Enfant.

- Les prestations décrites à l'article 5.3 « COMPLEMENT POUR LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE » sont délivrées lorsque la cause de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est une Affection de longue durée.
- Les prestations décrites à l'article 5.4 et 5.8 « AIDE AU BENEFICIAIRE DEPENDANT » peuvent être délivrées au moment de l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'article 5.5 « MATERNITE » sont délivrées pendant la grossesse de la Bénéficiaire ou après son accouchement.
- Les prestations décrites à l'article 5.7 « RETRAITE » peuvent être délivrées à tous les Bénéficiaires, relevant d'un régime social de droit français et préparant leur retraite au moins un (1) an avant la date prévisible de départ à la retraite.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

PRESTATIONS DELIVREES AUX FORMULES 1 & 2 INFORMATIONS - CONSEIL - RESEAUX DE SERVICES A DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestations rendues par téléphone exclusivement
Téléconseil santé	Illimité	
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	
Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service
Dépannage au Domicile		Prestations rendues par téléphone exclusivement. Mise en relation sans prise en charge. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations reste à la charge du Bénéficiaire

HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	-
Enveloppe de services et d'aide à Domicile en cas d'Hospitalisation ambulatoire sans nuitée.	Forfait de 150 € TTC	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 350 TTC	Durée d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou durée d'Immobilisation à Domicile supérieure à 5 jours L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	-
COMPLEMENT EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT		
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	10 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.

ASSISTANCE AFFECTION DE LONGUE DUREE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à domicile	Forfait de 400 € TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	Limitées à 1 fois par période annuelle de garantie
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	
Assistance aux devoirs	80 appels maximum	Par période annuelle de garantie. Prestation rendue par téléphone exclusivement.

AIDE AU BENEFICIAIRE DEPENDANT

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Bilan de vie, et plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti.
Assistance à l'aménagement du Domicile	Illimité	L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événements devis et /ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.

● PRESTATIONS DELIVREES A LA FORMULE 1 : PACK MATERNITE / FAMILLE MATERNITE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
SERVICE D'INFORMATION - PREVENTION		
Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance : juridique, administratif, social et information pratique relative à la maternité	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Conseil santé lié à la maternité	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	-

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Calendrier vaccinal	Illimitée	-
ASSISTANCE A DOMICILE PENDANT LA GROSSESSE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Hospitalisation de plus de 24 heures ou Immobilisation à Domicile de plus de 5 jours de la future mère. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période de grossesse.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300€ TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	-
ASSISTANCE A DOMICILE A LA NAISSANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Prolongation du séjour en maternité de la mère ou admission à l'hôpital pour plus de 2 nuitées, OU Hospitalisation de plus de 3 nuitées ou Immobilisation à Domicile de plus de 8 jours de l'autre parent dans les 15 jours suivant l'accouchement.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 500€ TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	-
ASSISTANCE A DOMICILE APRES LA NAISSANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Hospitalisation de plus de 8 nuitées

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Calendrier vaccinal	Illimitée	-
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 500€ TTC	de la mère et/ou du nouveau-né au cours des 9 mois suivant la naissance. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois au cours des 9 mois suivant la naissance.
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	-

- PRESTATIONS DELIVREES A LA FORMULE 2 : PACK + 60 ANS**

PROGRAMMES DE PREVENTION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Bilan Mémoire	Coût de la consultation	Limité à 1 prise en charge par Bénéficiaire pour 2 périodes annuelles de garantie.

RETRAITE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
PREPARATION A LA RETRAITE		
Information conseil retraite	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Assistance pension de réversion	1 estimation au maximum	-
Bilan « Prévoir mes revenus de retraite »	Coût de l'estimation réalisée par Mondial Assistance	Au maximum, 3 hypothèses d'âge de départ à la retraite sont prises en compte pour chaque estimation réalisée.
Construction du projet de retraite	Coût de la prestation et du suivi réalisés par Mondial Assistance	-

AIDE AU BENEFICIAIRE DEPENDANT

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80€ TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
Téléassistance permanente au Domicile	Mise en relation sans prise en charge donnant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire.
Visites de maisons d'accueil	60 € TTC maximum par visite	Limité à 3 visites d'établissements par évènement garanti.
Aides aux démarches administratives pour le déménagement	Illimitée	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

Aide au déménagement	Mise en relation sans prise en charge avec un déménageur ou un loueur de véhicules utilitaires	Le coût du déménagement ou de la location de véhicule utilitaire reste à la charge du Bénéficiaire.
Présence d'un Proche pour l'installation en établissement spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> - Transport aller/retour : frais réels - Hébergement : 60 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits 	Prestation mise en place une seule fois par évènement garanti.
COMPLEMENT POUR L'UTILISATION DU CAPITAL OU DE LA RENTE		
Aide à l'utilisation du capital	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Prestations soumises à un accord formel du Bénéficiaire ou de ses Proches. Prestations rendues par téléphone exclusivement. 1 suivi par période annuelle de garantie
Aide à l'utilisation de la rente		
Entretiens de suivi		

3. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements survenus pendant la durée de validité du contrat France Mutuelle et de l'accord liant le Groupe France Mutuelle et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

UNIQUEMENT POUR LES PRESTATIONS DECRITES A L'ARTICLE 5.7 « RETRAITE » :

➤ CHAMP D'APPLICATION

Le champ d'application de la présente convention est limité aux régimes sociaux suivants relevant du droit français :

- CNAV
- ARRC
- AGIRC
- IRCANTEC (agents non titulaires de l'Etat)
- MSA (salariés et non-salariés agricoles)
- R.S.I. (indépendants)
- CNAVPL et Régimes complémentaires obligatoires (professions libérales)
- CRPCEN (clercs et employés de notaires)
- Fonction publique de l'Etat (hors militaire)
- CNRACL (agents des collectivités locales)
- CAVIMAC (ministres du culte)

Les périodes d'activité exercées au titre d'un ou plusieurs statuts suivants : salariés des mines, des marins, de la Comédie-Française, de l'Opéra national de Paris, de la RATP et de la SNCF, de la Banque de France, le personnel navigant de l'aéronautique civile, les non-salariés en qualité de Patrons Pêcheurs embarqués ne pourront pas être prises en compte pour la mise en œuvre de la prestation « Bilan Prévoir mes revenus retraite ».

Les périodes d'activité effectuées dans un pays de l'Union européenne ou dans un pays ayant conclu un accord international avec le régime général français pourront être prises en compte dans le calcul de l'estimation de la pension, sous réserve d'être validées par le régime général, à partir des périodes communiquées par le Bénéficiaire.

➤ DELAIS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire doit formuler sa demande en respectant les délais suivants :

- Bilan Prévoir mes revenus: quatre (4) mois

➤ CESSATION DES PRESTATIONS

Sous réserve que la demande soit formulée dans les délais, la date de cessation diffère selon la prestation choisie :

- Bilan Prévoir mes revenus prend fin lorsque le calcul de la retraite est effectué.

4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « France Mutuelle » - Assistance Santé au Quotidien » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

AFFECTION DE LONGUE DUREE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente,

comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

AIDANT

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille dépendant.

L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

Pour le PACK MATERNITE/FAMILLE :

- à la personne physique assurée par le contrat France Mutuelle (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

Pour le PACK + 60 ans :

- à la personne physique assurée par le contrat France Mutuelle et âgée de plus de 60 ans (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint âgé de plus de 60 ans.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

CONSEILLER RETRAITE

Professionnel de la retraite qui, chez Mondial Assistance, est chargé du suivi personnalisé du Bénéficiaire.

DEPENDANCE

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

HEBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public y compris l'hospitalisation ambulatoire.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

L'Hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) peut restreindre la délivrance de certaines prestations au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,

- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

IMMOBILISATION A DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT A CHARGE

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5. PRESTATIONS

Les montants, conditions et limites de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 INFORMATIONS – CONSEILS – RESEAUX DE SERVICES A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

❖ Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

❖ Téléconseil santé

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.
- Informations médicales et parcours de santé: un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du

Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et dans le respect de la législation sociale et du secret médical.

❖ Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effectuer ;
- Informations pratiques : information loisirs pour les seniors, information spécialisées pour les malvoyants.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

❖ Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthétique, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

❖ Dépannage au Domicile

Mondial Assistance, met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de Prestataires, dans les domaines suivants :

- Serrurerie
- Plomberie
- Electricité
- Vitrierie

Les travaux effectués et les frais engagés (pièces, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le Bénéficiaire

au Prestataire.

5.2 HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- ❖ Evaluation des besoins et recommandations
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ Enveloppe de services et d'aide à Domicile en cas d'Hospitalisation ambulatoire sans nuitée
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ Enveloppe de services et d'aide à Domicile
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ Livraison en urgence au Domicile de **médicaments immédiatement nécessaires par un médecin**
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.
- ❖ **Livraison et mise à disposition du matériel médical** prescrit par le médecin traitant

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

COMPLEMENT EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT

Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », la prestation ci-après :

- ❖ **Aide pédagogique de l'enfant**

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

5.3 ASSISTANCE AFFECTION DE LONGUE DUREE

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations**
Telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**
Telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin**

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

❖ **Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant**

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

❖ **Assistance aux devoirs**

Lorsque le Bénéficiaire assuré ou son Conjoint est atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire ses devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

5.4 AIDE AU BENEFICIAIRE DEPENDANT

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après:

❖ **Accompagnement social comprenant**

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

❖ **Assistance à l'aménagement du Domicile**

Mondial Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un audit de l'habitat par un Prestataire pour évaluer la conformité du Domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés,
- la mise en relation avec des Prestataires pour la réalisation des travaux.

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations reste à la charge du Bénéficiaire.

FORMULE 1 : PACK MATERNITE - FAMILLE

5.5 MATERNITE

SERVICE D'INFORMATIONS – PREVENTION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

❖ Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance

Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines suivants :

- Maternités et méthodes d'accouchement,
- Alimentation et diététique,
- Environnement social de la grossesse et de la petite enfance,
- Démarches administratives liées à la grossesse et à la maternité,
- Modes de garde et les démarches associées,
- Relations parents - enfants,
- Fiscalité, justice, défense recours, assurance et protection sociale.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

❖ Conseil santé lié à la maternité

Mondial Assistance fournit des informations détaillées sur les pathologies affectant les femmes enceintes et les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

❖ Calendrier vaccinal

Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination, etc.

ASSISTANCE A DOMICILE PENDANT LA GROSSESSE

Lorsque la Bénéficiaire enceinte fait l'objet d'une Hospitalisation ou une Immobilisation à Domicile liée à sa grossesse, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

❖ Evaluation des besoins et recommandations

telle que décrite au telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

❖ Enveloppe de services et d'aide à Domicile

telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

❖ Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

❖ Livraison et mise à disposition du matériel médical par le médecin traitant

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

ASSISTANCE A DOMICILE A LA NAISSANCE

Lorsque:

l'autre parent est Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile le jour de l'accouchement de la Bénéficiaire ou dans les jours qui suivent,

ou que

des complications liées à l'accouchement entraînent :
soit une prolongation du séjour en maternité de la mère,
soit une admission dans un autre établissement hospitalier,

Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après.

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations**
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin**
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.
- ❖ **Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant**
Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.
Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.
Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

ASSISTANCE A DOMICILE APRES LA NAISSANCE

Si la mère et/ou le nouveau-né doivent être hospitalisés au cours des 9 (neuf) mois qui suivent la sortie de la maternité, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations**
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**
telle que décrite au 5.9 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin**
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.
- ❖ **Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant**
Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.
Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.
Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

FORMULE 2 : PACK + 60 ANS

5.6 PROGRAMMES DE PREVENTION

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGES », le programme Bilan mémoire ci-après :

- ❖ **Bilan mémoire** pour évaluer de façon précoce les présences éventuelles de troubles cognitifs et les facteurs de risques de démence.

Mondial Assistance prend contact avec le médecin traitant pour lui expliquer la méthode du Bilan mémoire, organise le rendez-vous et prend en charge les honoraires de la consultation.

Cette prestation est réservée aux Bénéficiaires âgés de 65 ans et plus et ne peut être mis en œuvre qu'avec l'accord du médecin traitant choisi par le Bénéficiaire.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

L'accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.7 RETRAITE

Les prestations sont délivrées, par téléphone, conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), par un Conseiller retraite.

Les montants, conditions et limites de prise en charge figurent dans l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

5.7.1 PRÉPARATION À LA RETRAITE

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » :

❖ Information Conseil retraite

Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, tous les renseignements qu'il souhaite sur la retraite, notamment dans les domaines suivants :

- la préparation à la retraite, la préretraite, le cumul emploi retraite, la retraite progressive,
- les conditions et modalités de rachat de trimestres, de rachat de cotisations,
- la validation des droits (*trimestre cotisés, assimilés, points, surcote, décote...*),
- la régularisation des droits (*démarches à effectuer*),
- le système général de la retraite en France, les réformes,
- les Relevés Individuels de Situation (RIS) (*reçu tous les 5 ans à partir de 35 ans*) et les Estimations Indicatives Globales (EIG) (*reçu tous les 5 ans à partir de 50 ans*),
- les régimes existants, retraite de base, retraite complémentaire,
- les droits à une pension, le calcul de la retraite, la pension de réversion, l'allocation de solidarité pour les personnes âgées, l'allocation veuvage (*éligibilité, conditions...*),
- les conditions de départ à la retraite et les dispositifs spécifiques existants (*départ anticipé pour carrière longue, handicap, inaptitude...*),
- les coordonnées des différents organismes à saisir pour la liquidation des droits,
- les sources d'information spécialisées.

Le Bénéficiaire peut recourir à la prestation « Information Conseil retraite » à tout moment.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à tenir informer le Bénéficiaire dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

❖ Assistance pension de réversion

Mondial Assistance propose au Bénéficiaire les renseignements suivants :

- Information sur la pension de réversion (conditions, pourcentage...),
- Calcul du niveau de pension de réversion auquel le Bénéficiaire peut prétendre (*sur la base d'un relevé de situation individuelle ou d'un relevé de carrière au titre des différents régimes*),
- Accompagnement dans les démarches : envoi des formulaires nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion (**à l'exception des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le Conjoint survivant**).

❖ Bilan Prévoir mes revenus retraite (sans mandat)

Au cours de la carrière du Bénéficiaire, Mondial Assistance fournit une estimation du niveau de revenu disponible au moment du départ à la retraite. Cette estimation est effectuée à partir des droits acquis. Une projection des droits restants à acquérir est également fournie.

L'estimation peut prendre en compte plusieurs hypothèses, en fonction de l'âge de départ à la retraite et de l'évolution de la rémunération.

A l'issue de l'étude, un dossier de synthèse est transmis au Bénéficiaire, indiquant notamment :

- La date de départ à la retraite à taux plein,
- Le montant net estimé de la pension versée,
- Le détail des régimes de base et complémentaire,
- Le taux de remplacement de la pension, par rapport au dernier revenu d'activité connu,
- Le montant de la pension de réversion pour le Bénéficiaire marié.

❖ **Construction du projet de retraite**

Mondial Assistance propose au Bénéficiaire d'effectuer un bilan complet afin de l'aider à construire un projet de vie et un plan d'action pour le mettre en œuvre.

Cette prestation peut être mise en œuvre jusqu'à un (1) an au plus tard après le départ à la retraite.

5.8 AIDE AU BENEFICIAIRE DEPENDANT

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après:

❖ **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

❖ **Téléassistance permanente au Domicile**

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au domicile **sans prise en charge**.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Worldwide Partners, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

❖ **Visite de maisons d'accueil**

Transport (aller et retour) jusqu'aux établissements choisis par le Bénéficiaire ou son entourage.

Mondial Assistance ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du Bénéficiaire par un établissement.

❖ **Aides aux démarches administratives pour le déménagement**

Mondial Assistance fournit des renseignements sur les démarches administratives à effectuer en cas de déménagement.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

❖ **Aide au déménagement**

Mondial Assistance met le Bénéficiaire en relation avec :

- une entreprise de déménagement,

- un loueur de véhicule de type utilitaire se conduisant avec un permis B,
- un Prestataire pour l'aider, par téléphone ou sur place, à faire l'état des lieux,
- une entreprise spécialisée dans le nettoyage de locaux.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

❖ **Présence d'un Proche pour aider à l'installation du Bénéficiaire en établissement spécialisé**

Transport (aller et retour) et Hébergement d'un Proche pour aider le Bénéficiaire lors de son installation en établissement spécialisé.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

COMPLEMENT POUR L'UTILISATION DE LA RENTE OU DU CAPITAL

Mondial Assistance peut, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », aider le Bénéficiaire ou ses Proches à gérer les indemnités perçues en mettant en œuvre les prestations ci-après :

❖ **Aide à l'utilisation du capital**

Le montant du capital versé peut être utilisé en tout ou partie pour financer les travaux d'aménagement du Domicile.

Mondial Assistance, avec l'accord formel du Bénéficiaire ou de ses Proches

- recherche et missionne les intervenants appropriés,
- ordonne les travaux et en suit la réalisation,
- règle les Prestataires,
- rend compte au Bénéficiaire et à ses Proches des actions entreprises et des coûts afférents.

❖ **Aide à l'utilisation de la rente**

Mondial Assistance peut aider le Bénéficiaire à utiliser au mieux la rente perçue pour financer les services et aides à domicile identifiés dans un plan d'aide en s'appuyant sur son réseau de Prestataires de services à la personne.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

❖ **Entretiens de suivi**

Des entretiens de suivi sont programmés avec le Bénéficiaire ou ses Proches pour faire le point sur la situation du Bénéficiaire et proposer les ajustements rendus nécessaires par l'évolution de la Dépendance.

Le service est accessible du lundi au samedi hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

5.9 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

❖ **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires. Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement

garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00. **Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** » de l'article 5.2.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

6 RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

7 EXCLUSIONS GENERALES

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o de l'exposition à des agents incapacitants,
 - o de l'exposition à des agents radioactifs,
 - o de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - o de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - o de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - o des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).
- les entrées en Dépendance antérieures à la date d'effet du contrat.

8 MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.

Ce dispositif est défini par les dix règles de la **Charte de « La Médiation de l'Assurance »** de la FFA et du GEMA.

9 COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

AWP P&C fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites à l'adresse indiquée ci-dessus.

10 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

- Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec

accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

- Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

11 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS
Service Juridique - DT03
7 rue Dora Maar - CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex.

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

12 AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

13 LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

ANNEXE 3 : Descriptif de la garantie individuelle prévoyance

Forfait immédiat invalidité grave et permanente

Le présent descriptif et la fiche/notice d'information frais de santé dans laquelle il s'insère forment un tout indivisible.

SOMMAIRE

Article 1. Objet de la garantie	46
Article 2. Périmètre de la garantie	46
Article 2.1. Accidents corporels pris en compte	46
Article 2.2. Exclusions	46
Article 2.3. Etendue territoriale	47
Article 2.4. Invalidité permanente totale ou partielle	47
Article 3. Mise en œuvre de la garantie	47
Article 3.1. Conditions d'intervention de la garantie	47
Article 3.2. Expertise médicale	48
Article 3.3. Conciliation	48
Article 4 : Obligations de l'assuré	48
Article 4.1. Déclaration d'accident :	48
Article 4.2. Pièces justificatives	49
Article 5 : Définitions des mots clés	49

Article 1. Objet de la garantie

La garantie de prévoyance invalidité prévoit le règlement d'un forfait immédiat en cas d'invalidité permanente supérieure ou égale à 51 % résultant d'un accident garanti.

Article 2. Périmètre de la garantie

Article 2.1. Accidents corporels pris en compte

Peuvent être garantis, sous réserve qu'ils vérifient les conditions de territorialité définies au 2.3 et ne fassent pas partie des exclusions, les accidents tels que définis à l'article 5 ci-dessous exposés:

Les accidents corporels survenus à l'occasion d'activités courantes

La mutuelle prend en compte les accidents survenus lors d'activités domestiques, scolaires et de loisirs pendant la période d'effet des garanties.

Les accidents corporels survenus lors d'événements exceptionnels

La mutuelle prend en compte les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties et résultant d'événements tels que :

- les catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques,
- les agressions, les actes de vandalisme,
- les actes de terrorisme, les attentats, les infractions relevant des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale,
- les mouvements populaires et les rassemblements sur la voie publique.

Sont également pris en charge :

- les accidents survenus dans le cadre de baptême de plongée sous-marine ou de parachutisme
- les accidents de circulation en tant que piéton ou passager
- les accidents de circulation non-responsable en tant que conducteur

Article 2.2. Exclusions

Sont exclues des garanties les suites et conséquences :

- des maladies (notamment les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences sauf si elles résultent directement de l'accident garanti,
- des accidents antérieurs à la prise d'effet des garanties,
- des accidents du travail, incluant les accidents de trajet,
- des accidents survenant dans le cadre :
 - de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel,
 - d'activités électives ou syndicales,
- des accidents de chasse
- des accidents de circulation responsables ou partiellement responsables en tant que conducteur
- des infections nosocomiales ou erreur médicale
- des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur,
- des accidents survenus sous l'emprise de stupéfiants, constitutive d'une infraction pénale, de médicaments de nature à modifier le comportement ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France,

- des actes intentionnels, suicide ou tentatives de suicide de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,
- des accidents résultant de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements exceptionnels,
- de guerre, invasion, acte de guerre, que la guerre soit ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection ou coup d'état civil ou militaire,
- d'explosions ou dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- des accidents et traitements médicaux résultant d'expérimentations biomédicales.
- Des accidents d'aviation si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- De toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent,
- De toute participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'engins aériens ainsi que la participation à des vols d'essai, vols sur prototype ;
- De la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade à plus de 20 mètres, plongée subaquatique à plus de 20 mètres de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, saut à l'élastique, rafting, kite-surf, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, ski hors-piste, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, arts martiaux et tout sports de combat (à l'exception du judo), chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente.
- De toute suite et conséquence directe ou indirecte de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- De la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- Des accidents liés à des troubles de système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur ;

Article 2.3. Etendue territoriale

Les garanties produisent leurs effets pour les accidents survenant en France métropolitaine (Corse inclus).

Article 2.4. Invalidité permanente totale ou partielle

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la garantie, le barème du concours médical sera utilisé. Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « Le concours médical ».

Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes (ex : pretium doloris, préjudice esthétique...).

Article 3. Mise en œuvre de la garantie

Article 3.1. Conditions d'intervention de la garantie

En cas d'accident survenu tel que défini à l'article 2 et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, **et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité**

fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51 %, la mutuelle lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 euros. Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Le forfait de 80 000 euros est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le taux d'invalidité prévisible retenu à l'occasion d'une première expertise n'avait pas atteint un taux supérieur ou égal à 51 % et que le blessé a connu une aggravation de son état en lien avec l'accident à l'origine du sinistre et atteint ce taux de 51 % à sa consolidation, le forfait de 80 000 euros lui est alors versé.

La mutuelle cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

Article 3.2. Expertise médicale

L'état d'invalidité fonctionnelle prévisible est constaté par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par la mutuelle qui se réserve le droit de faire expertiser l'assuré à tout moment.

Au vu des pièces justificatives qui seront transmises par l'assuré (cf. article 4.2), le médecin conseil de la mutuelle diligentera une expertise dans un délai maximal de 4 mois suivant la déclaration du sinistre.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par la mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par la mutuelle sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Article 3.3. Conciliation

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, la mutuelle notifie sa décision à l'assuré.

L'assuré qui conteste la décision de la mutuelle doit lui faire parvenir dans un délai de trois mois un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Le médecin de l'assuré et le médecin-conseil de la mutuelle rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-dessous est mise en œuvre :

La mutuelle invite son médecin-conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

Article 4 : Obligations de l'assuré

Article 4.1. Déclaration d'accident :

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L.221-16 du code de la mutualité, tout accident entraînant la mise en œuvre des garanties doit être déclaré à la mutuelle dans les trente (30) jours ouvrés qui suivent la date à laquelle il s'est

produit.

Passé ces délais, les assurés perdront leur droit à prestation si la déclaration tardive a causé un préjudice à la mutuelle.

Conformément à l'article 3.2, la mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

Article 4.2. Pièces justificatives

Les demandes de prestations au titre du forfait immédiat invalidité grave capital doivent être adressées à la mutuelle accompagnées des pièces suivantes :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),
- la copie du procès-verbal relatif à l'accident,
- un certificat médical initial ayant constaté l'accident et décrivant les blessures et toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle pour la justification de l'état d'invalidité
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle.

L'ensemble des pièces requises sera communiqué, sous pli cacheté, à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion à l'attention du médecin conseil
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Article 5 : Définitions des mots clés

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accident garanti : Accident tel que défini par le présent article et qui vérifie les conditions de l'article 2.

Barème de droit commun : Le barème de droit commun du concours médical correspond au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun.

Il sert à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles et permet ainsi de traiter de façon égalitaire les victimes face à l'évaluation pécuniaire des préjudices. Il tient compte également de l'évolution des techniques médicales et des progrès thérapeutiques.

Il est élaboré et actualisé par des médecins spécialistes.

Date de consolidation

Date à laquelle les dommages corporels ont médicalement acquis un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible de déterminer les séquelles dues à l'accident.

Fait générateur : Evènement à l'origine du sinistre ouvrant droit à la mise en œuvre des garanties du présent contrat.

Invalidité : Etat qui place l'assuré à la suite d'un accident, en état d'invalidité permanente. Pour qu'il y ait invalidité permanente, l'assuré doit présenter un taux d'invalidité permanente supérieur à la franchise relative de 5%.