

Mutuelle Renault Mobilité Mutuelle

Groupe **malakoff médéric humanis**

RÈGLEMENTS MUTUALISTES MOBILITÉ MUTUELLE Applicables à compter du 1^{er} janvier 2019

PARTIE 1

Règlement mutualiste applicable aux contrats santé solidaires et responsables

**Art°: R.871-1 et R.871-2
du code de la Sécurité Sociale**

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du Membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

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

Ayants droit : au sens de la Sécurité Sociale, désignent les personnes à la charge du Membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie et les mutuelles. C'est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé qui est remplacé progressivement par un autre : OPTAM et OPTAM CO

Contrat responsable : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le Membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Mobilité Mutuelle, marque de Mobilité Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 775 722 655, dont le siège social se situe à Boulogne Billancourt (92772), 9 rue de Clamart.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

« **OPTAM / OPTAM-CO** » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO prévue de 3 ans.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la

Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité Sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.
- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

TITRE I - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Des critères d'accessibilité aux différents contrats existent en fonction de l'âge ou du régime du membre participant (actifs, retraités...). Cela est précisé dans les tableaux de garanties en fin de règlement.

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

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties frais de santé qu'il a choisi, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents niveaux de garanties des modules proposés ;

L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties.

- les bénéficiaires de la garantie frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le Membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du Membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, (ou à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année du rattachement fiscal),
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité (passeport, CNI). A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.
- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,

Le Membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle, de coordonnées postales et de domiciliation bancaire.

Les membres participants d'une garantie santé individuelle de Mobilité Mutuelle (hors garanties sur-complémentaires) peuvent demander la remise de la cotisation pour leurs enfants handicapés jusqu'à la date de leur vingtième anniversaire. Ils pourront ensuite être maintenus à la mutuelle avec la cotisation enfant, s'ils sont à leur charge juridique et sur présentation de justificatifs ou s'ils deviennent orphelins. Pour bénéficier de ces dispositions, une demande doit être formulée par écrit.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1 la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2 les vérifications de ces pièces justificatives ainsi que celles, réglementaires, incombant aux mutuelles soumises aux

obligations des directives de Solvabilité 2.

3 le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et éventuellement d'un droit d'entrée ?.

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre participant.

Les soins dispensés avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

En dehors des contrats solidaires et responsables, l'adhésion à un autre contrat est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Une carte est délivrée par assuré social. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le Membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le Membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le Membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)..... domicilié(e).... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « Mobilité Mutuelle » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à, le, (signature).

A adresser à : Mobilité Mutuelle / Direction Service Client - 9, rue de Clamart 92772 Boulogne Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser dans plusieurs cas.

- À la demande du Membre participant :
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre,
 - en cours d'année si le Membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire frais de santé, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse au 1er jour du mois civil suivant le mois de réception des justificatifs précités.

Dans l'hypothèse où un ancien participant a été radié notamment pour non-paiement de cotisations, la demande de réadmission à un contrat individuel doit être validée par la Direction de la mutuelle.

En cas de séparation, divorce ou rupture de PACS, sur présentation d'un justificatif, le membre participant pourra demander la démission de son conjoint et/ou de ses ayants droit bénéficiaires par lettre recommandée avec accusé de réception. La démission sera acceptée au premier jour du mois qui suit sa demande.

La dénonciation par le Membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent règlement, sauf dérogation par la Mutuelle.

- À la demande de la Mutuelle :
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11.
- À titre exceptionnel, le Membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de décès du Membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

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

- 1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :
 - accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
 - accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
 - accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

- 2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité Sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte pour les garanties prévues les conditions mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

A ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Sécurité Sociale, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par l'assuré social lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

Cependant, la mutuelle commercialise également des contrats santé sur-complémentaires qui ne respectent pas les critères des contrats responsables présentés ci-dessus. Une taxation spécifique supplémentaire leur est appliquée

7.2 Choix et changement de garantie

Le portefeuille de la mutuelle se compose de plusieurs gammes santé :

- La gamme de base : garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables en commercialisation (A, AB, AC, AS, AM),
- La gamme Plus : garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables plus commercialisées depuis le 1^{er} janvier 2016
- La garantie sur-complémentaire GC, contrat hors cadre solidaire et responsable plus commercialisée depuis le 1^{er} janvier 2016,
- La gamme Losange, garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables en cours de commercialisation.

Le membre participant peut prétendre à l'adhésion à l'ensemble des garanties commercialisées.

Tout changement pour une garantie (option) inférieure engage l'adhérent pour une durée minimale de 12 mois, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Le membre participant anciennement bénéficiaire d'une garantie sur-complémentaire devra attendre 2 années, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le Membre participant.

7.3 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties frais de santé (les garanties des ayants droit sont identiques à celles du membre participant), sous réserve des justificatifs à apporter

visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le Membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,

- être âgés de moins de 21 ans, être non salarié et bénéficier d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité Sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du Membre participant. L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^{ème} anniversaire,

- être âgés de moins de 25 ans, et :

- être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,

- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,

- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation,

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre

de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La limite d'âge peut être différente dans les contrats collectifs.

La démission ou la radiation du Membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.4 Délais d'attente

Pour l'ensemble des options, le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion pour tout membre justifiant de son affiliation pendant un an à un autre régime complémentaire et à condition que son adhésion soit dans la continuité de son précédent contrat. Il lui sera demandé un certificat de radiation qui devra être produit dans un délai de deux mois.

Le droit aux prestations forfaitaires, pour le membre participant et/ou ses bénéficiaires ne remplissant pas les conditions ci-dessus, prend effet dans un délai de 3 mois pour l'ensemble des prestations, décompté à partir du premier jour du mois pour lequel la cotisation est payée. Ce délai passe à 6 mois après 60 ans d'âge.

Dans tous les cas, pour les contrats solidaires et responsables, la partie ticket modérateur des prestations ne subit pas de carence.

Le changement d'option se fera au 1er janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1er juillet n, le changement d'option sera effectif au 1er janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours.

7.5 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement. Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définis ci-dessus.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le

Membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité Sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire. En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/module choisi, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisi, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après.

Hospitalisation :

- Hospitalisation chirurgicale :
 - frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale :
 - pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation ;
 - hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale ;
 - frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) ;
 - honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin soumis ou non à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Chambre Particulière : Selon la formule/module choisi, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit) ainsi que la chambre particulière en ambulatoire.

La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 180 jours par année civile lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale Cette limite peut être supprimée pour certains contrats. Cela est précisé dans le tableau de garantie efférent.

Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.

Forfait journalier hospitalier : Le forfait journalier est versé sans limitation de durée.

Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire assuré au présent règlement. Les forfaits « frais d'accompagnement » sont versés, selon la formule / module souscrit, en cas d'hospitalisation.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maisons de parents) et la restauration.

Soins courants :

Pour l'ensemble des formules / modules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Optique :

Verres et monture : Equipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du type de verre (verre simple, complexe ou hypercomplexe), du défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et de sa gravité selon une échelle de mesure définie comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries

verre multifocal ou progressif

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries

verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

Classe 1 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme <>2

Classe 2 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2/ Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme <>2

Classe 3 : Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 4,25 à 6 / Astigmatisme <>4

Classe 4 : Myopie, Hypermétropie de 6,25 à 8 / Astigmatisme <> 4 ou Myopie, Hypermétropie de 0 à 8 / Astigmatisme <>4,25

Classe 5 : Myopie, Hypermétropie 8,25 / Astigmatisme toutes corrections

Les prestations dépendent également du choix du professionnel de santé (opticien conventionné dans le réseau Itélis ou opticien non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.

Des forfaits « monture enfant », « monture adulte », « verre adulte » et « verre enfant » sont versés, dans les conditions précisées ci-dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité Sociale.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans révolus, période réduite à un an révolu pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, sur présentation de la première et de la seconde ordonnance.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Membre participant.

Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité Sociale : ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon

le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.

Chirurgie réfractive : selon la formule / module choisi, un forfait est versé une seule fois par œil, sur présentation de la facture acquittée. Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

En fonction de la formule/module retenu, la Mutuelle peut prendre en charge les garanties suivantes, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco- dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité Sociale,
- parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale. Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement,
- inlays - onlays pris en charge par la Sécurité Sociale,
- implants non pris en charge par la Sécurité Sociale. La Mutuelle verse éventuellement un forfait par dent et peut appliquer une limite annuelle civile,
- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), réparations sur prothèses et inlay-core,
- prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale,
- orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale,
- orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale,

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité Sociale. Le calcul peut également se faire par reconstitution d'une base de remboursement Sécurité Sociale.

Pour certaines des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité Sociale à hauteur du ticket modérateur.

Appareillage :

Selon la formule / module choisi, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie, l'audioprothèse et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité Sociale.

Les appareils d'aide à la vision peuvent être pris en charge à titre exceptionnel sur certaines formules / modules sur présentation d'une prescription médicale. Le montant remboursé correspond au forfait optique (monture et verres simples).

Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité Sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la

limite des frais réellement engagés.

Selon la formule/module choisi, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Médecine douce ou alternative :

Selon la formule / module choisi, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité Sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les kinésiothérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues, les homéopathes, les diététiciens, les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les podologues et les acupuncteurs. Certains actes de pédicurie refusée, de micro-kinésio, ou des pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité Sociale peuvent faire également l'objet de contribution ou de complément.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire Adeli.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée, avec cachet du praticien. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

Enfin, les substituts tabagiques en patch ou médicament peuvent être pris en compte (dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).

Prévention :

La Mutuelle prend en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention suivants ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale :

7.6 Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

La Mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité Sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

7.7 Tiers-Payant Généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses textes réglementaires d'application, la Mutuelle met à la disposition du Membre participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Membre participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Membre participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par la Mutuelle.

7.8 Service de téléconsultation médicale

L'organisme assureur propose au Membre participant et ses bénéficiaires l'accès à un service de téléconsultation médicale gratuite, dans les conditions et selon les modalités décrites à l'annexe jointe dénommée «Conditions générales d'utilisation médicale de la téléconsultation».

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

8.1 Assistance

Les prestations d'assistance décrites dans la notice annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites aux garanties par le Membre participant. Elles sont assurées par l'assistant mentionné dans ladite notice dont le règlement est en annexe jointe dénommée « Notice d'information Contrat FIC19SAN0138 ».

8.2 Fonds social

Le Membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

La gestion du fonds social est assurée par la Commission Solidarité Mutualiste (voir article 20 du règlement).

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies éventuellement pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites, (pour certaines garanties, le membre participant et ses ayants droit adhèrent systématiquement à la même option),
- pour certaines garanties, du département de résidence du Membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité Sociale de rattachement sera retenu),
- pour certaines garanties du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'âge, c'est-à-dire que pour certaines garanties comme Losange, si un changement du montant de cotisation est prévu au 1er janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.3 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié,

tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

La cotisation du conjoint (pour les garanties A, AB, AC, AS, AM, A Plus, AB Plus, AC Plus, AS Plus et AM Plus) est gratuite pendant une durée de 3 mois dans le cas d'un mariage ou d'un Pacte Civil de Solidarité sous réserve d'en faire la demande dans les 2 mois de l'acte. Un justificatif sera à fournir.

La cotisation des nouveaux nés (pour les garanties, A, AB, AC, AS, AM, A Plus, AB Plus, AC Plus, AS Plus et AM Plus), dont l'un des parents est membre participant au présent règlement à la naissance, est offerte durant les douze premiers mois de leur adhésion, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :

- la demande d'adhésion doit intervenir dans les 2 mois suivant leur naissance ;
- et l'adhésion doit prendre effet au jour de leur naissance.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique (en général le 10 du mois).

Le Membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement de sa dette en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante. Une fois sa dette acquittée, il pourra de nouveau prétendre au prélèvement automatique.

Si la date d'adhésion du Membre participant ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du Membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa. L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du Membre

participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées sur décision du Conseil d'Administration.

Elles sont modifiées, en règle général, chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement Mobilité Mutuelle.

13.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc...).

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

13.3 Justificatifs et contrôles

- Garantie frais de santé

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans et le trimestre en cours suivant :

- le remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,

- La date des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans et le trimestre en cours conformément aux pratiques de la Sécurité Sociale 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, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

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

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.2 Langue utilisée

La Mutuelle et le Membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre participant au présent règlement.

16.3 Fonds de garantie

Le Membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION- RÉCLAMATION- MÉDIATION

17.1 Langue utilisée

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le Membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

17.2 Fonds de garantie

Pour toute réclamation concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter Mobilité Mutuelle à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Mobilité Mutuelle
9 rue de Clamart
92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion

A compter de la réception de la réclamation, la mutuelle apporte une réponse circonstanciée au Membre Participant dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la mutuelle adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la Mutuelle, le membre participant, ses bénéficiaires ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à

l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du membre participant ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement

Toute modification du présent règlement sera notifiée au Membre participant.

19.2 Informatique et Liberté, protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679

du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par la Mutuelle, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Membre Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Membre Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le Membre Participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'organisme assureur pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Membre Participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. ».

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En application des articles L. 223-1 à L. 223-7 du Code de la consommation, le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société Opposetel, service Bloctel, 6 rue

Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée à l'article 19.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

19.4 Recommandé Électronique

L'équivalence de l'envoi recommandé électronique à la lettre recommandée a été posée par l'ordonnance n°2017-1433 du 04 octobre 2017.

Ainsi, outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par le membre participant, par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de résiliation par le membre participant de l'adhésion individuelle de ses ayants-droit.

L'envoi recommandé électronique est également admis en cas de renonciation au contrat individuel conclu à distance selon les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription:

- de l'action en paiement des cotisations, par l'organisme assureur au membre participant,
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le membre participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à l'organisme assureur.

ARTICLE 20 - COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE

Elle a en charge l'étude des dossiers justifiant une aide potentielle de Mobilité Mutuelle dans les cas de :

- maladies graves ou chroniques, de blessures ou d'infirmité et plus généralement de difficultés financières liées à une maladie.
- décès, en cas de difficultés financières (hors contrat santé collectif du groupe Renault). Pour les membres participants ou un de leurs bénéficiaires, sur demande, après étude du dossier et sur présentation d'un acte de décès et d'une facture acquittée, une participation peut être attribuée à la personne ayant réglé les frais, en cas de frais d'obsèques et/ou de don du corps.

ARTICLE 21 - ACCÈS AUX ŒUVRES SANITAIRES ET SOCIALES

La cotisation mensuelle pourra comprendre tous les frais d'adhésion aux Unions départementales permettant ainsi aux membres participants l'accès aux œuvres de celles-ci.

Les membres participants de la mutuelle et leur famille peuvent bénéficier de certains avantages accordés par ces diverses institutions, suivant les conditions prévues par leurs statuts et règlements, en échange du versement de cotisations spéciales exigées par les œuvres sociales intégrées dans la Mutuelle et gérées par elle et par les organismes supérieurs auxquels la Société est affiliée.

ANNEXES relatives à la Partie 1 :

**Règlement mutualiste applicable aux contrats santé
solidaires et responsables**

Art°: R.871-1 et R.871-2

du code de la Sécurité Sociale

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations

» Vous êtes bénéficiaire NOÉMIE	Justificatifs à fournir
Dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation Hospitalisation chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la base de la Sécurité sociale
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture acquittée nominative
Hospitalisation à domicile	Facture acquittée nominative
Patches et pilules contraceptives prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	Prescription médicale Facture acquittée
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique *	Facture acquittée détaillée. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale. En cas de dérogation au renouvellement 1 fois tous les 2 ans pour les lunettes, le bénéficiaire doit fournir à notre organisme, l'ancienne et la nouvelle prescription d'ophtalmologue, faisant apparaître la dégradation de la vision
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Note d'honoraires originale avec cachet du praticien précisant si l'opération concerne un œil ou les deux.
- Prothèses dentaires* - Orthodontie - Parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale - Implantologie	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée avec cachet et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité Sociale.
Cure thermale	Certificat définitif d'adoption

* Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable à notre organisme pour avis sur le montant de la prestation.

» Vous n'êtes pas bénéficiaire NOÉMIE

Si les soins sont pris en charge par la Sécurité Sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la Sécurité Sociale

» Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale

Facture originale acquittée avec cachet

» En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec notre organisme

Facture originale acquittée du ticket modérateur

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités des garanties souscrites.

NOTICE ASSISTANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT n°FIC19SAN0138 OFFRE ACTIFS

Mobilité Mutuelle, a souscrit le contrat collectif n° **FIC19SAN0138**, au profit de ses Assurés et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

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

A. → CADRE DES GARANTIES

1. → COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	01 70 36 02 62 (depuis la France) + 1 70 36 02 62 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. → QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent âgé de 60 ans et moins, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

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

3. → OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

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

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

4. → QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet au plus tôt, à compter du **1^{er} Janvier 2019** et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé **Mobilité Mutuelle**, **sous réserve du règlement de la cotisation correspondante et que la présente offre d'assistance soit prévue à son contrat.**

Toutefois, le droit à garantie auprès de **FILASSISTANCE** cesse pour chaque Adhérent :

- ❖ En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé Mobilité Mutuelle ;
- ❖ Dans tous les cas, l'adhésion cesse lorsque l'âge de l'Adhérent fête son 61^{ème} anniversaire ;
- ❖ En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC19SAN0138 ;
- ❖ En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. → GÉNÉRALITÉS

1. → DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident	toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.
Actes de la vie quotidienne	se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.

Affections de longue durée	accident vasculaire cérébral invalidant ; insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ; artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ; bilharziose compliquée ; insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ; maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ; déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ; diabète de type 1 et diabète de type 2 ; formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ; hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ; maladie coronaire ; insuffisance respiratoire chronique grave ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ; mucoviscidose ; néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; paraplégie ; vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ; polyarthrite rhumatoïde évolutive ; affections psychiatriques de longue durée ; rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ; sclérose en plaques ; scoliose idiopathique structurale évolutive ; spondylarthrite grave ; suites de transplantation d'organe ; tuberculose active, lèpre ; tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cette liste correspond aux affections de longue durée mentionnées par l'article D322-1 du code de la sécurité sociale
AGGIR	outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
Aidant	L'individu qui assiste une personne en état de Dépendance ou de Handicap. L'Aidant apporte une aide quotidienne au Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, l'Aidant devra avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement à domicile son Proche parent aidé.
Aide à domicile	personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.
Animaux de compagnie	chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.
Atteinte corporelle	blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
Adhérent	toute personne physique âgé de 60 ans et moins, adhérent au Contrat d'assistance n° FIC19SAN0138 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.
Autorité médicale	toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Auxiliaire de vie	intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.
Bénéficiaire	toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Conjoint	le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
Contrat	le Contrat collectif d'assistance n° FIC19SAN0138
Dépendance	état de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Domicile	le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
Equipe médicale	médecin de FILASSISTANCE .
Événement	toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE , et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc..
France	France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

Handicap	toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
Hospitalisation	tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf stipulation contraire , dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.
Hospitalisation imprévue	tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire , dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue dans les sept (7) jours avant son déclenchement.
Immobilisation	état d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.
Maladie	toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Proche parent aidé / Dépendant	les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint en état de Dépendance ou de Handicap de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.
Titre de transport	dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	<ul style="list-style-type: none"> - Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine: zone couvrant la France métropolitaine et la Principauté de Monaco. - Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2. ➔ MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. ➔ DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant 01 70 36 02 62, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° FIC19SAN0138. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**

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

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

2.2. ➔ RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

2.3. ➔ CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

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

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

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

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

2.4. → CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

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

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

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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

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

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

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

3. → EXCLUSIONS

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

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

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

- ✦ **des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;**
- ✦ **des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- ✦ **du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;**
- ✦ **de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement;**
- ✦ **des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;**
- ✦ **de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;**
- ✦ **du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- ✦ **des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs;**
- ✦ **de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances;**
- ✦ **de toute restriction à la libre circulation des personnes ;**
- ✦ **des cataclysmes naturels ;**
- ✦ **des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;**
- ✦ **des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;**
- ✦ **de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;**
- ✦ **la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion;**
- ✦ **d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.**

4. ➔ SUBROGATION

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

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

5. ➔ INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

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

Sous certaines conditions règlementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

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

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

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

6. ➔ RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

7. ➔ AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

8. → RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 02 62**, qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations

108, Bureaux de la Colline

92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Ou

qualite@filassistance.fr

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

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

9. → PRESCRIPTION

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

- Délai de prescription

Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration 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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

↳ Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

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

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

❖ **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3 :

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

❖ **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

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

❖ **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

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

❖ **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

❖ **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

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

❖ **Étendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

❖ **Saisine du médiateur**

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

10. ❖ **FAUSSE DÉCLARATION**

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

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

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

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

11. → LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENCE

La présente Notice est régie par le droit français.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

C. → DÉTAILS DES PRESTATIONS GARANTIES

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

1. → PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION

Les garanties d'assistance 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 et 1.6 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

1.1. → LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENCE

Dans le respect du rôle du médecin traitant, l'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** apporte aide et informations dans les domaines de la santé (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

FILASSISTANCE :

- ✦ **Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;**
- ✦ **Communique des informations générales sur :**
 - Les pathologies (ex : pandémies.....).
 - Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...);
- ✦ **Communique des informations générales sur la santé au quotidien :**
 - Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels.
 - Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique).
 - Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer.
 - Automédication : les précautions à prendre.
 - Vaccinations.
- ✦ **Communique des informations générales sur le Bien Vivre :**
 - Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produits, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...).
 - Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC.
 - Informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant).
 - Bien-être :
 - Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires.
 - Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information) ;
- ✦ **Délivre des informations en matière de :**
 - Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail).
 - Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales,...) ;
- ✦ **En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves :**

L'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer et l'accompagner dans le système de soins, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut également bénéficier d'informations sur :

- ✦ Les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions).
- ✦ Groupes de paroles.
- ✦ L'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

1.2. → PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

FILASSISTANCE informe le Bénéficiaire sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les

facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le Bénéficiaire pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

1.3. ➔ INFORMATIONS VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille).

1.4. ➔ PARCOURS DE SOINS

L'équipe de **FILASSISTANCE** informe le Bénéficiaire sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès,... et l'aide dans les démarches (aide à la constitution de dossier).

L'équipe de **FILASSISTANCE** informe également le Bénéficiaire sur les démarches et les recours possibles en cas de désaccord avec un professionnel de santé, sans prise en charge financière.

L'équipe de **FILASSISTANCE** aide à la recherche de :

- ✦ Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- ✦ Établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos,...
- ✦ Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- ✦ Fournisseurs en matériel médical.

1.5. ➔ ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE DIFFICULTÉS

FILASSISTANCE peut délivrer une écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique.

En cas de nécessité (stress au travail, maladie, difficulté familiale), le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE**, qui le met en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, qui lui assurera une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

1.6. ➔ SERVICES À LA CARTE (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à **tout moment**.

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, sous réserve des disponibilités locales :

- ✦ Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- ✦ Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- ✦ Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- ✦ Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- ✦ Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- ✦ Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service «blanchisserie».
- ✦ Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile ...).

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

2. ➔ PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE

2.1. ➔ ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile du Bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.**

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

Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par le Bénéficiaire.

Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions par année civile et par Bénéficiaire.

3. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

3.1. → PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Lors de l'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint, **si aucun proche n'habite à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent**, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 7 nuits (petit déjeuner compris) dans la limite de 60 € TTC par nuit.

3.2. → AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent/de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- ✦ Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- ✦ La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 10 heures par Événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, **FILASSISTANCE** mettra en place l'une des prestations ci-dessous à hauteur des heures qui auraient été accordées pour l'Aide à domicile :

- ✦ Coiffeur à domicile,
- ✦ Auxiliaire de vie,
- ✦ Pédicure,
- ✦ Portage de repas,
- ✦ Livraison de courses,
- ✦ Jardinage /petit bricolage.

3.3. → GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 12 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 12 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- ✦ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Événement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant ;**
- ✦ OU le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport**.

3.4. → GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

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

- ✦ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Événement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile ;**
- ✦ OU le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent en mettant à leur disposition **un Titre de transport**.

3.5. → GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires**) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 15 jours maximum par Événement.
La prestation doit être mise en œuvre dans le mois qui suit le décès.

4. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

4.1. → TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

FILASSISTANCE organise et prend en charge, sur prescription médicale et avec l'accord du médecin de **FILASSISTANCE**, le transport de l'Adhérent ou son Conjoint, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, au lieu du rendez-vous médical dans un rayon de 50 Km du Domicile.

Cette limitation kilométrique ne s'applique pas si le spécialiste qui a été désigné n'est pas situé dans un rayon de 50 Km du Domicile. Dans ce cas **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport auprès du spécialiste désigné ou s'il existe un spécialiste médical équivalent plus proche du domicile, auprès du spécialiste médical équivalent.

Cette prestation est limitée à 2 aller/retour par Événement et ne s'applique que pendant la période d'Immobilisation.

5. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

5.1. → ACCOMPAGNEMENT HOSPITALISATION

L'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** propose à l'Adhérent ou à son Conjoint un accompagnement personnalisé lors de son Hospitalisation.

Cet accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques qui permettent à l'équipe médico-sociale de faire le point avec l'Adhérent ou son Conjoint, de lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

A la demande de l'Adhérent ou de son Conjoint :

- ✦ J-4 (avant l'Hospitalisation): un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra être organisé et permettra à l'Adhérent ou à son Conjoint de bien préparer son séjour à l'hôpital et anticiper sa sortie, en abordant les thèmes tels que : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, aides nécessaires au retour au domicile (financement des aides et mise en place des services d'assistance à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint).
- ✦ J+1 (suivant la date de retour au Domicile) : un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra être organisé pour favoriser le bon rétablissement de l'Adhérent ou de son Conjoint, en abordant les thèmes tels que : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place d'un suivi médical, conseils hygiéno-diététique, reprise de l'activité quotidienne...

L'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra réorienter l'Adhérent ou son Conjoint vers un psychologue.

Un délai de 72 heures ouvrables est nécessaire pour la prise de rendez-vous téléphonique avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE**.

6. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 6.1 et 6.2 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

6.1. → PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'Hospitalisation ou lors du retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint, l'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE** réalise un entretien téléphonique avec l'Adhérent, son Conjoint ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

✦ Les besoins en services à domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne de l'Adhérent et de sa famille.

✦ Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide l'Adhérent ou son Conjoint dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

✦ Les aides techniques

FILASSISTANCE peut informer l'Adhérent ou son Conjoint sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation l'Adhérent ou son Conjoint avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

6.2. → VISITES DE COURTOISIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge une visite au Domicile de l'Adhérent, par une personne mandatée par **FILASSISTANCE**. Les visites ont lieu entre le lundi et le samedi (hors jours fériés) entre 9h00 et 16h00 et ont pour but d'apporter du lien social auprès de l'Adhérent ou de son Conjoint.

La prestation doit être mise en œuvre dans les 15 jours qui suivent le retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

7. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS

7.1. → AIDE A DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile ou une Auxiliaire de vie, dans la condition suivante :

- ✦ Avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge 20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine.

En tout état de cause, le plafond demeure de 20 heures maximum réparties sur 12 mois en cas de traitement associant différents traitements oncologiques pour un même Événement.

8. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SURVENANCE DE LA DÉPENDANCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

8.1. → ADAPTATION À DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement l'Adhérent ou de son Conjoint en état de Dépendance.

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

- ✦ adaptation du logement,
- ✦ interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- ✦ fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

La prise en charge est limitée à 300 € TTC par Adhérent et par contrat.

9. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR A 3 JOURS, EN CAS D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE OU EN CAS DE NAISSANCE MULTIPLE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 et 9.5 décrites ci-dessous ne peuvent pas se cumuler.

9.1. → AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- ✦ Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- ✦ La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 15 heures par Évènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint ou suivant la date de naissance de l'enfant.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, **FILASSISTANCE** mettra en place l'une des prestations ci-dessous à hauteur des heures qui auraient été accordées pour l'Aide à domicile :

- ✦ Coiffeur à domicile,
- ✦ Auxiliaire de vie,
- ✦ Pédicure,
- ✦ Portage de repas,

↳ Livraison de courses.

9.2. → GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 12 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 12 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- ↳ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 15 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou suivant la date de naissance de l'enfant ;**
- ↳ OU le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport.**

9.3. → GARDE DES ASCENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde à Domicile.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 15 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou suivant la date de naissance de l'enfant.**

9.4. → TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si personne ne peut s'occuper des personnes dépendantes vivant habituellement au Domicile de l'Adhérent et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent en mettant à leur disposition **un Titre de transport.**

9.5. → AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)

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

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 10 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint ou suivant la date de naissance de l'enfant.

10. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURES À 15 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

10.1. → ÉCOLE À DOMICILE

Dès le **16^{ème} jour d'absence scolaire**, **FILASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales (français, mathématiques, langues étrangères (1^{ère} et 2^{nde} langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles), **à raison de 10 heures par semaine au maximum dans la limite de 1 200 € TTC par année civile.**

Cette prestation ne peut être fournie **qu'une fois par année scolaire pour chacun des enfants** de l'Adhérent et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs **dans un rayon de 25 Km du Domicile de celui-ci.**

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

11. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 12 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 11.1 et 11.2 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

11.1. → GARDE OU TRANSFERT DES FRÈRES ET SŒURS AGES DE MOINS DE 12 ANS

Si personne ne peut s'occuper des autres **enfants âgés de moins de 12 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- ↳ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant ;**
- ↳ OU le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport.**

11.2. → PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**.

12. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS

Les garanties d'assistance 12.1, 12.2, 12.3 et 12.4 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

12.1. → INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

FILASSISTANCE informe et accompagne l'Adhérent ou ses proches pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- ✦ obsèques civiles ou religieuses,
- ✦ prélèvements d'organes,
- ✦ don du corps,
- ✦ constatation de décès,
- ✦ déclaration de décès,
- ✦ chambres funéraires,
- ✦ transports funéraires,
- ✦ services de pompes funèbres,
- ✦ inhumation,
- ✦ crémation,
- ✦ informations tarifaires liées aux obsèques,
- ✦ problèmes financiers en lien avec les obsèques (devis estimatifs, droits en fonction des assurances contractées).

12.2. → INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

FILASSISTANCE assiste l'Adhérent ou ses proches, lors d'un décès, pour une demande d'aide sociale, pour une pension de veuvage, l'(les) informe de ses (leurs) droits, etc.

12.3. → INFORMATIONS JURIDIQUES

FILASSISTANCE apporte des informations à l'Adhérent ou à ses proches concernant les demandes d'ordre juridique dans les domaines suivants :

- ✦ démarches et formalités administratives à accomplir suite au décès,
- ✦ intervenants funéraires,
- ✦ coût et disponibilités des concessions dans les cimetières,
- ✦ modes de sépulture,
- ✦ modes de conservation, transfert du corps, don d'organe et don du corps à la médecine,
- ✦ droit français des successions et libéralités (donation, legs, etc.).

12.4. → ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance d'un décès, **FILASSISTANCE** met en relation l'Adhérent ou ses proches avec sa plate-forme d'écoute médico-psychosociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Les frais de consultations sont à la charge de l'Adhérent ou de ses proches.

D. → TABLEAU SYNOPTIQUE

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)

INFORMATIONS SANTÉ	Informations téléphoniques
PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE	Informations téléphoniques
PARCOURS DE SOINS	Informations téléphoniques

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE DIFFICULTÉS	Entretiens téléphoniques
SERVICES A LA CARTE	Mise en relation
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE	
ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS	Avance des frais des médicaments Prise en charge des frais de livraison 2 interventions par année civile et par Bénéficiaire
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET	1 Titre de transport 7 nuits (petit déjeuner compris) dans la limite de 60 € TTC par nuit
AIDE A DOMICILE OU L'UNE DES PRESTATIONS DE SUBSTITUTION CI-DESSOUS - Coiffeur à domicile, - Auxiliaire de vie, - Pédicure, - Portage de repas, - Livraison de courses, - Jardinage /petit bricolage	10 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
Garde à domicile OU	30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant
Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
Garde à domicile OU	30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile
Transfert des ascendants chez un proche	1 Titre de transport
GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	Prise en charge de la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile sur une période de 15 jours maximum par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX	Prise en charge du transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger 2 aller/retour par Evènement Mise en place pendant la période d'Immobilisation
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
PLAN D'AIDE A LA CONVALESCENCE	Entretiens téléphoniques
VISITES DE COURTOISIE	1 visite Du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 9h00 et 16h00, dans les 15 jours qui suivent le retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS	
AIDE A DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE	20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SURVENANCE DE LA DÉPENDANCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

ADAPTATION DU DOMICILE	Prise en charge de l'intervention d'un spécialiste limitée à 300 € TTC par Adhérent
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR À 3 JOURS, EN CAS D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE OU EN CAS DE NAISSANCE MULTIPLE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
AIDE A DOMICILE OU L'UNE DES PRESTATIONS DE SUBSTITUTION CI-DESSOUS - Coiffeur à domicile, - Auxiliaire de vie, - Pédicure, - Portage de repas, - Livraison de courses, - Jardinage /petit bricolage	15 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint ou suivant la date de naissance de l'enfant
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
Garde à domicile OU	15 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou suivant la date de naissance de l'enfant
Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport
GARDE DES ASCENDANTS	
Garde à domicile	15 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou suivant la date de naissance de l'enfant
TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES	
Transfert des personnes dépendantes chez un proche	1 Titre de transport
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)	10 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint ou suivant la date de naissance de l'enfant
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURES À 15 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
ÉCOLE A DOMICILE	Mise en place dès le 16ème jour d'absence scolaire
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 12 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
GARDE OU TRANSFERT DES FRÈRES ET SŒURS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
GARDE À DOMICILE OU	30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant
Transfert des enfants	1 Titre de transport
PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET	1 Titre de transport
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS JURIDIQUES	Informations téléphoniques
ÉCOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	Mise en relation

NOTICE ASSISTANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT N°FIC19SAN0138 OFFRE SÉNIORS

Mobilité Mutuelle, a souscrit le contrat collectif n° **FIC19SAN0138**, au profit de ses Assurés et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

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

A. → CADRE DES GARANTIES

1. → COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	01 70 36 02 62 (depuis la France) + 1 70 36 02 62 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. → QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent âgé de 60 ans et moins, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

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

3. → OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

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

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

4. → QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet au plus tôt, à compter du **1^{er} Janvier 2019** et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé **Mobilité Mutuelle**, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante et que la présente offre d'assistance soit prévue à son contrat.

Toutefois, le droit à garantie auprès de **FILASSISTANCE** cesse pour chaque Adhérent :

- ✦ En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé Mobilité Mutuelle ;
- ✦ En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC19SAN0138 ;
- ✦ En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. → GÉNÉRALITÉS

1. → DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident	toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.
Actes de la vie quotidienne	se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
AGGIR	outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aide à domicile	personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.
Atteinte corporelle	blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
Adhérent	toute personne physique âgée de 60 ans et moins, adhérant au Contrat d'assistance n° FIC19SAN0138 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.
Autorité médicale	toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Auxiliaire de vie	intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.
Bénéficiaire	toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Conjoint	le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
Contrat	le Contrat collectif d'assistance n° FIC19SAN0138
Dépendance	état de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Domicile	le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
Equipe médicale	médecin de FILASSISTANCE .
Événement	toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE , et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc..
France	France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.
Hospitalisation	tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf stipulation contraire , dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.
Immobilisation	état d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.
Maladie	toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Proche parent aidé / Dépendant	les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint en état de Dépendance ou de Handicap de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.
Titre de transport	dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine: zone couvrant la France métropolitaine et la Principauté de Monaco. - Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2. → MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. → DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant 01 70 36 02 62, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° FIC19SAN0138. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**

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

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

2.2. → RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

2.3. → CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

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

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

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

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

2.4. → CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

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

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

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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

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

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

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

3. → EXCLUSIONS

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

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

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

- ✦ **des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;**
- ✦ **des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- ✦ **du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;**
- ✦ **de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement;**
- ✦ **des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;**

- ❖ de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- ❖ du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ❖ des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs;
- ❖ de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances;
- ❖ de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- ❖ des cataclysmes naturels ;
- ❖ des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- ❖ des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- ❖ de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;
- ❖ la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion;
- ❖ d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

4. → SUBROGATION

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

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

5. → INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

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

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

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

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

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

6. → RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

7. → AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

8. → RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 02 62**, qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Ou
qualite@filassistance.fr

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

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

9. → PRESCRIPTION

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

- Délai de prescription

Article L.114-1 :

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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

✧ Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

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

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

✧ Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

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

✧ Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

✧ Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

✧ Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

✧ Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

✧ Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

✦ **Saisine du médiateur**

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

10. ➔ **FAUSSE DÉCLARATION**

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

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

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

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

11. ➔ **LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENCE**

La présente Notice est régie par le droit français.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

C. ➔ **DÉTAILS DES PRESTATIONS GARANTIES**

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

1. ➔ **PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION**

Les garanties d'assistance 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 et 1.6 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

1.1. ➔ **INFORMATIONS SANTÉ**

Dans le respect du rôle du médecin traitant, l'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** apporte aide et informations dans les domaines de la santé (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

FILASSISTANCE :

- ✦ **Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;**
- ✦ **Communique des informations générales sur :**
 - Les pathologies (ex : pandémies.....).
 - Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...);
- ✦ **Communique des informations générales sur la santé au quotidien :**
 - Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels.
 - Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique).
 - Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer.
 - Automédication : les précautions à prendre.
 - Vaccinations.
- ✦ **Communique des informations générales sur le Bien Vivre :**
 - Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produits, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...).
 - Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC.
 - Informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant).
 - Bien-être :

- Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires.
- Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information) ;

❖ **Délivre des informations en matière de :**

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail).
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales,...) ;

❖ **En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves :**

L'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer et l'accompagner dans le système de soins, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut également bénéficier d'informations sur :

- ❖ Les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions).
- ❖ Groupes de paroles.
- ❖ L'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

1.2. ➔ PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

FILASSISTANCE informe le Bénéficiaire sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le Bénéficiaire pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

1.3. ➔ INFORMATIONS VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille).

1.4. ➔ PARCOURS DE SOINS

L'équipe de **FILASSISTANCE** informe le Bénéficiaire sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès,... et l'aide dans les démarches (aide à la constitution de dossier).

L'équipe de **FILASSISTANCE** informe également le Bénéficiaire sur les démarches et les recours possibles en cas de désaccord avec un professionnel de santé, sans prise en charge financière.

L'équipe de **FILASSISTANCE** aide à la recherche de :

- ❖ Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- ❖ Établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos,...
- ❖ Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- ❖ Fournisseurs en matériel médical.

1.5. ➔ ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE DIFFICULTÉS

FILASSISTANCE peut délivrer une écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique.

En cas de nécessité (stress au travail, maladie, difficulté familiale), le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE**, qui le met en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, qui lui assurera une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

1.6. ➔ SERVICES À LA CARTE (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à **tout moment**.

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, sous réserve des disponibilités locales :

- ❖ Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- ❖ Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- ❖ Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.

- ✚ Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- ✚ Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- ✚ Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service «blanchisserie».
- ✚ Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile ...).

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

1.7. → BILAN PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE

L'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE** composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition du Bénéficiaire pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner le Bénéficiaire dans ses démarches.

Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** pourra orienter le Bénéficiaire vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

1.8. → BILAN PRÉVENTION PERTE DE MÉMOIRE

L'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE** réalise une évaluation médico-psycho-sociale du Bénéficiaire.

En cas de plainte amnésique objectivée, le Bénéficiaire est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, le Bénéficiaire peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

2. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE

2.1. → ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile du Bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.**

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

Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par le Bénéficiaire.

Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions par année civile et par Bénéficiaire.

3. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

3.1. → PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Lors de l'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint, **si aucun proche n'habite à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent**, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 7 nuits (petit déjeuner compris) dans la limite de 60 € TTC par nuit.

3.2. → AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent/de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- ✦ Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- ✦ La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 10 heures par Événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, **FILASSISTANCE** mettra en place l'une des prestations ci-dessous à hauteur des heures qui auraient été accordées pour l'Aide à domicile :

- ✦ Coiffeur à domicile,
- ✦ Auxiliaire de vie,
- ✦ Pédicure,
- ✦ Portage de repas,
- ✦ Livraison de courses,
- ✦ Jardinage /petit bricolage.

3.3. → GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 12 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- ✦ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Événement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant ;**
- ✦ OU le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport.**

3.4. → GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

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

- ✦ La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Événement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile ;**
- ✦ OU le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent en mettant à leur disposition **un Titre de transport.**

3.5. → GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires**) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 15 jours maximum par Événement.

La prestation doit être mise en œuvre dans le mois qui suit le décès.

4. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

4.1. → TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

FILASSISTANCE organise et prend en charge, **sur prescription médicale et avec l'accord du médecin de FILASSISTANCE**, le transport de l'Adhérent ou son Conjoint, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, **au lieu du rendez-vous médical dans un rayon de 50 Km du Domicile.**

Cette limitation kilométrique ne s'applique pas si le spécialiste qui a été désigné n'est pas situé dans un rayon de 50 Km du Domicile. Dans ce cas **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport auprès du spécialiste désigné ou s'il existe un spécialiste médical équivalent plus proche du domicile, auprès du spécialiste médical équivalent.

Cette prestation est limitée à 2 aller/retour par Événement et ne s'applique que pendant la période d'Immobilisation.

5. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

5.1. → ACCOMPAGNEMENT HOSPITALISATION

L'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** propose à l'Adhérent ou à son Conjoint un accompagnement personnalisé lors de son Hospitalisation.

Cet accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques qui permettent à l'équipe médico-sociale de faire le point avec l'Adhérent ou son Conjoint, de lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

A la demande de l'Adhérent ou de son Conjoint :

- ✦ J-4 (avant l'Hospitalisation): un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra être organisé et permettra à l'Adhérent ou à son Conjoint de bien préparer son séjour à l'hôpital et anticiper sa sortie, en abordant les thèmes tels que : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, aides nécessaires au retour au domicile (financement des aides et mise en place des services d'assistance **à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint**).
- ✦ J+1 (suivant la date de retour au Domicile) : un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra être organisé pour favoriser le bon rétablissement de l'Adhérent ou de son Conjoint, en abordant les thèmes tels que : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place d'un suivi médical, conseils hygiéno-diététique, reprise de l'activité quotidienne...

L'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** pourra réorienter l'Adhérent ou son Conjoint vers un psychologue.

Un délai de 72 heures ouvrables est nécessaire pour la prise de rendez-vous téléphonique avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE.

6. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Les garanties d'assistance 6.1 et 6.2 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

6.1. → PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'Hospitalisation ou lors du retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint, l'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE** réalise un entretien téléphonique avec l'Adhérent, son Conjoint ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

✦ Les besoins en services à domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne de l'Adhérent et de sa famille.

✦ Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide l'Adhérent ou son Conjoint dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

✦ Les aides techniques

FILASSISTANCE peut informer l'Adhérent ou son Conjoint sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation l'Adhérent ou son Conjoint avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

6.2. → VISITES DE COURTOISIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge une visite au Domicile de l'Adhérent, par une personne mandatée par **FILASSISTANCE**. Les visites ont lieu **entre le lundi et le samedi (hors jours fériés) entre 9h00 et 16h00** et ont pour but d'apporter du lien social auprès de l'Adhérent ou de son Conjoint.

La prestation doit être mise en œuvre dans les 15 jours qui suivent le retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

7. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS

7.1. → AIDE A DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- ✧ Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné.
- ✧ Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance.
- ✧ Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée
- ✧ Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale.
- ✧ Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

FILASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi que 3 mois d'abonnement.

8. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS

8.1. → AIDE A DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile ou une Auxiliaire de vie, dans la condition suivante :

- ✧ Avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge 20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine.

En tout état de cause, le plafond demeure de 20 heures maximum réparties sur 12 mois en cas de traitement associant différents traitements oncologiques pour un même Evènement.

9. → PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SURVENANCE DE LA DÉPENDANCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

9.1. → ADAPTATION DU DOMICILE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement l'Adhérent ou de son Conjoint en état de Dépendance.

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

- ✧ adaptation du logement,
- ✧ interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- ✧ fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

La prise en charge est limitée à 300 € TTC par Adhérent et par contrat.

10. → PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS

Les garanties d'assistance 10.1, 10.2, 10.3 et 10.4 décrites ci-dessous peuvent se cumuler.

10.1. → INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

FILASSISTANCE informe et accompagne l'Adhérent ou ses proches pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- ✧ obsèques civiles ou religieuses,
- ✧ prélèvements d'organes,
- ✧ don du corps,
- ✧ constatation de décès,
- ✧ déclaration de décès,
- ✧ chambres funéraires,
- ✧ transports funéraires,
- ✧ services de pompes funèbres,
- ✧ inhumation,

- ✦ crémation,
- ✦ informations tarifaires liées aux obsèques,
- ✦ problèmes financiers en lien avec les obsèques (devis estimatifs, droits en fonction des assurances contractées).

10.2. ➔ INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

FILASSISTANCE assiste l'Adhérent ou ses proches, lors d'un décès, pour une demande d'aide sociale, pour une pension de veuvage, l'(les) informe de ses (leurs) droits, etc.

10.3. ➔ INFORMATIONS JURIDIQUES

FILASSISTANCE apporte des informations à l'Adhérent ou à ses proches concernant les demandes d'ordre juridique dans les domaines suivants :

- ✦ démarches et formalités administratives à accomplir suite au décès,
- ✦ intervenants funéraires,
- ✦ coût et disponibilités des concessions dans les cimetières,
- ✦ modes de sépulture,
- ✦ modes de conservation, transfert du corps, don d'organe et don du corps à la médecine,
- ✦ droit français des successions et libéralités (donation, legs, etc.).

10.4. ➔ ÉCOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance d'un décès, **FILASSISTANCE** met en relation l'Adhérent ou ses proches avec sa plate-forme d'écoute médico-psychosociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Les frais de consultations sont à la charge de l'Adhérent ou de ses proches.

D. ➔ TABLEAU SYNOPTIQUE

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)

INFORMATIONS SANTÉ	Informations téléphoniques
PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE	Informations téléphoniques
PARCOURS DE SOINS	Informations téléphoniques
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE DIFFICULTÉS	Entretiens téléphoniques
SERVICES A LA CARTE	Mise en relation
BILAN PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE	Entretiens téléphoniques
BILAN PRÉVENTION PERTE DE MÉMOIRE	Entretiens téléphoniques

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE

ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS	Avance des frais des médicaments Prise en charge des frais de livraison 2 interventions par année civile et par Bénéficiaire
------------------------------	--

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)

PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET	1 Titre de transport 7 nuits (petit déjeuner compris) dans la limite de 60 € TTC par nuit
--------------------------------	--

AIDE A DOMICILE OU L'UNE DES PRESTATIONS DE SUBSTITUTION CI-DESSOUS	
<ul style="list-style-type: none"> - Coiffeur à domicile, - Auxiliaire de vie, - Pédicure, - Portage de repas, - Livraison de courses, - Jardinage /petit bricolage 	10 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
Garde à domicile OU	30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile et par enfant
Transfert des enfants chez un proche	1 Titre de transport
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
Garde à domicile OU	30 heures maximum par Evènement suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation dans la limite de 2 fois par année civile
Transfert des ascendants chez un proche	1 Titre de transport
GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	Prise en charge de la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile sur une période de 15 jours maximum par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX	Prise en charge du transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger 2 aller/retour par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
ACCOMPAGNEMENT HOSPITALISATION	Entretiens téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
PLAN D'AIDE A LA CONVALESCENCE	Entretiens téléphoniques
VISITES DE COURTOISIE	1 visite Du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 9h00 et 16h00, dans les 15 jours qui suivent le retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 15 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
TÉLÉASSISTANCE	Prise en charge des frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi que 3 mois d'abonnement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS	
AIDE A DOMICILE OU AUXILIAIRE DE VIE	20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine
ADAPTATION DU DOMICILE	Prise en charge de l'intervention d'un spécialiste limitée à 300 € TTC par Adhérent
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS <i>(Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)</i>	
INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES	Informations téléphoniques
INFORMATIONS JURIDIQUES	Informations téléphoniques
ÉCOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	Mise en relation

Conditions générales d'utilisation médicale de la Téléconsultation

En qualité de Bénéficiaire du contrat collectif ou individuel frais de santé souscrit auprès de votre organisme assureur, vous bénéficiez selon les termes de votre contrat de la prise en charge par celui-ci des coûts du service de téléconsultation médicale organisé par AXA Assistance (ci-après la « Téléconsultation médicale »).

Ainsi, vous bénéficiez de l'accès au service de Téléconsultation médicale dans les conditions et selon les modalités définies ci-après.

► Article 1 - Objet

La présente annexe a pour objet de définir les conditions et modalités d'utilisation du service de Téléconsultation médicale.

L'utilisation de ce service par le Bénéficiaire vaut acceptation par le Bénéficiaire des présentes Conditions Générales d'Utilisation du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.

► Article 2 - Définition

Bénéficiaire : désigne un patient bénéficiant de la prise en charge au titre de son contrat frais de santé des coûts du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.

AXA Assistance : désigne la société AXA Assistance France, SA au capital de 9 071 981 €, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 311 338 339 et dont le siège social est situé 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

Équipe médicale ou Équipe de médecins : médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance.

Médecin : médecin généraliste.

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone ou visioconférence.

► Article 3 - Cadre juridique de la Téléconsultation

Le service de Téléconsultation médicale est un service de télémédecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine par AXA Assistance dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Ce service a pour objet de permettre à un Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un organisme d'assurance partenaire d'AXA Assistance de recevoir gratuitement des consultations à distance par des professionnels médicaux salariés d'AXA Assistance, l'ensemble des frais correspondant étant directement pris en charge par l'organisme d'assurance du Bénéficiaire au titre de ses garanties frais de santé dans le cadre d'un accord de prise en charge conclu avec AXA Assistance référencé 7204260.

► Article 4 - Description et modalité d'utilisation du service par les Bénéficiaires

L'utilisation du service de Téléconsultation médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une affiliation en cours de validité à un contrat frais de santé en vigueur comprenant la prise en charge des coûts du service de Téléconsultation médicale d'AXA Assistance et assuré par un organisme ayant conclu un accord de prise en charge en vigueur avec AXA Assistance.

Toutefois, l'utilisation du service est limité pour chaque bénéficiaire d'un contrat individuel frais de santé à 12 Téléconsultations Médicales par année civile décomptées :

- ✦ pour la première année, de la date d'adhésion du bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de l'année,
- ✦ pour les années suivantes, à compter de chaque 1er janvier, date de reconduction tacite du contrat.

Le service de Téléconsultation médicale est accessible par le biais de la plate-forme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**AXA Assistance répond 24 heures sur 24, 7 jours sur 7,
aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne au numéro suivant :
01 70 95 94 68**

Les services fournis, accessibles en France ou lors d'un déplacement à l'étranger sont de trois types :

- ✦ téléconsultation ;
- ✦ information générale sur la santé ;
- ✦ orientation.

4.1 - Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, chaque Bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

À l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- ✦ conseil ;
- ✦ orientation vers votre médecin traitant ;
- ✦ orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue ; ➢ un ophtalmologue ;
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans ;
 - un stomatologue ;
- ✦ prescription écrite médicamenteuse ;
- ✦ prescription écrite d'examen complémentaires.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où l'équipe médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

**Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic.
Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance réorientera le patient vers son médecin traitant.**

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

4.2 - Service d'Information médical accessoire

L'équipe médicale d'AXA Assistance peut communiquer aux Bénéficiaires des informations médicales d'ordre général, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne alors tout renseignement d'ordre général non personnalisés.

Dans cette hypothèse, l'intervention de l'équipe médicale d'AXA Assistance se limite donc à donner des informations objectives sans que l'objet de ce service ne soit de favoriser une automédication.

4.3 - Orientation

L'équipe médicale d'AXA Assistance peut aider un Bénéficiaire à exercer son libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

► Article 5 - Responsabilité

5.1 - Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance dans le cadre de l'activité de Téléconsultation médicales aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

En outre, AXA Assistance ne saurait être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- ✦ de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- ✦ de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- ✦ d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

5.2 - Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

► Article 6 - Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable de traitement que :

- ✦ les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur équipe médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier ;
- ✦ la finalité du traitement est la Téléconsultation ;
- ✦ les destinataires des données le concernant sont les médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé ;
- ✦ il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant ;
- ✦ les données sont conservées pendant 20 ans. À l'issue de cette durée, elles sont supprimées sauf dispositions légales contraires.

Il peut s'adresser par courrier à :

**AXA Assistance France - Service Juridique
6 rue André Gide - 92320 Châtillon**

► Article 7 - Réclamation et Différends

7.1 - Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir un service de qualité.

Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste avec un Bénéficiaire, celui-ci peut écrire à la Direction médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin, une réponse sera alors adressée dans le respect des délais suivants :

- ✦ dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse est elle-même apportée dans ce délai ;
- ✦ deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse au Bénéficiaire.

7.2 - Différends

Tous les litiges relatifs aux services de téléconsultation médicale seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

La loi applicable est la loi française.

► Article 8 - Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

- ✦ les Téléconsultations lorsque l'équipe médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale ;
- ✦ les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un médecin généraliste ;
- ✦ les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;
- ✦ les prescriptions d'arrêt de travail ;
- ✦ les certificats médicaux.

► Article 9 - Coordonnées

Toute notification écrite ou envoi au titre du service de téléconsultation médicale doit être fait à l'adresse suivante :

**AXA Assistance France - Téléconsultation médicale
6 rue André Gide - 92320 Châtillon**

Organisme Assureur : Mobilité Mutuelle, marque de Mutuelle Renault, mutuelle du Livre 2 du Code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren 776 722 655 – Siège social sise 9 rue de Clamart 92772 Boulogne Billancourt Cedex

Service de téléconsultation délivré par AXA Assistance France S.A. au capital de 9 071 981 €, Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 311 338 339 – Siège social sise 6 rue André Gide 92320 Châtillon

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 GAMME BASE (A / AB / AC / AS / AM)

Garanties au 1 ^{er} janvier 2019 Contrats santé solidaires et responsables (y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)	A	AB
Frais Médicaux		
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies des secteurs 1 et 2 : consultations - visites - actes de spécialités	100% BRSS	100% BRSS
Forfait acte lourd	18 €	18 €
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies du secteur 3 (secteur non conventionné) : consultations - visites - actes de spécialités	100% BRSS	100% BRSS
Analyses – auxiliaires médicaux – soins infirmiers - transport remboursé par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS
Densitométrie osseuse (tous les 2 ans)	100% BRSS	100% BRSS
Pharmacie		
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS
Hospitalisation (secteur conventionné)		
Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	18 €	18 €
Chambre particulière ambulatoire	10 €	20 €
Chambre particulière avec nuitée	} (dans la limite de 180 jours/an)	15 € par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)		20 € par jour
Dépassements d'honoraires CAS	120% BRSS	140% BRSS
Dépassements d'honoraires hors CAS	100% BRSS	120% BRSS
Dentaire		
Soins dentaires, détartrage préventif et radiologie dentaire	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) et implants (plafond par an)	100% BRSS	100% BRSS + 112 €
Orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale / forfait par semestre)	100% BRSS	100% BRSS + 69 €
Optique		
Monture + 2 verres simples ⁽¹⁾	100 € dont 50 € max pour la monture	120 € dont 60 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽¹⁾	200 € dont 50 € max pour la monture	210 € dont 60 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes ⁽¹⁾	200 € dont 50 € max pour la monture	210 € dont 60 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS	100% BRSS+112 €
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	100 €	120 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	-
Prothèses médicales		
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	100% du BRSS	100% du BRSS + 153 €
Prothèses auditives (piles et entretien) (maximum par an)	100% du BRSS	100% du BRSS + 305 €
Cures thermales		
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS	100% du BRSS + 138 €
Médecine douce ou alternative		
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropraxie et kinésiologie (par acte/par an)**		
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**	-	20 € / 60 €
Parodontie (par acte/par an)**		
Substituts nicotiniques (patches, médicaments) (par an)**	-	30 €
Événements familiaux		
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit	
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit	
Action Sociale		
Fonds social	La Commission Solidarité Mutualiste de notre fonds social est à votre disposition pour examiner les modalités d'aide financière dont vous pouvez bénéficier	
Assistance		
Prestations d'assistance	Voir liste des prestations en annexe	

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET RENVOIS

Les montants et barèmes indiqués représentent la participation maximale de la Mutuelle dans la limite des frais engagés après déduction du remboursement Sécurité sociale éventuel.

* Si le médecin est non signataire du contrat d'accès aux soins, le remboursement du dépassement est réduit de 20% du BRSS (décret du 19 novembre 2014).

** A l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse. Elles sont plafonnées globalement et annuellement en fonction de l'option choisie.

Montant maximum par an pour l'ensemble de ces garanties : option AB = 60 € ; option AC = 80 € ; option AS = 100 € ; option AM = 120 €

Votre Mutuelle s'inscrit dans le cadre d'un contrat "solidaire et responsable" (article 57 de la loi n° 2004 du 13 août 2004). Elle ne peut donc rembourser la part des dépenses laissées à la charge de l'adhérent sauf dans le cadre des dispositions prévues par ces textes.

BRSS : Base Remboursement Sécurité Sociale.

CAS : Médecins signataires ou non d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de changement de dioptrie pour les plus de 18 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu.

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 18 ans.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie

Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est Hors zone de -4,00 à +4,00

	AC	AS	AM
Garanties au 1^{er} janvier 2019 Contrats santé solidaires et responsables (y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)			
Frais Médicaux			
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies des secteurs 1 et 2 : consultations - visites - actes de spécialités	190% BRSS*	190% BRSS*	190% BRSS*
Forfait acte lourd	18 €	18 €	18 €
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies du secteur 3 (secteur non conventionné) : consultations - visites - actes de spécialités	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Analyses – auxiliaires médicaux – soins infirmiers - transport remboursé par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Densitométrie osseuse (tous les 2 ans)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 38 €
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Hospitalisation (secteur conventionné)			
Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière ambulatoire	25 €	30 €	35 €
Chambre particulière avec nuitée	40 € par jour	55 € par jour	70 € par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	25 € par jour	30 € par jour	35 € par jour
Dépassements d'honoraires CAS	150% BRSS	160% BRSS	170% BRSS
Dépassements d'honoraires hors CAS	130% BRSS	140% BRSS	150% BRSS
Dentaire			
Soins dentaires, détartrage préventif et radiologie dentaire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) et implants (plafond par an)	100% BRSS + 341 €	100% BRSS + 675 €	100% BRSS + 1 007 €
Orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale / forfait par semestre)	100% BRSS + 145 €	100% BRSS + 275 €	100% BRSS + 405 €
Optique			
Monture + 2 verres simples ⁽¹⁾	150 € dont 70 € max pour la monture	210 € dont 90 € max pour la monture	270 € dont 110 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽¹⁾	230 € dont 70 € max pour la monture	260 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 110 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes ⁽¹⁾	230 € dont 70 € max pour la monture	260 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 110 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS+158 €	100% BRSS+248 €	100% BRSS+336 €
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	150 €	210 €	270 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	-	380 €
Prothèses médicales			
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	100% du BRSS + 366 €	100% du BRSS + 671 €	100% du BRSS + 976 €
Prothèses auditives (piles et entretien) (maximum par an)	100% du BRSS + 671 €	100% du BRSS + 1 129 €	100% du BRSS + 1 587 €
Cures thermales			
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €
Médecine douce ou alternative			
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiologie (par acte/par an)**			
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**	20 € / 80 €	20 € / 100 €	20 € / 120 €
Parodontie (par acte/par an)**			
Substituts nicotiniques (patches, médicaments) (par an)**	30 €	30 €	30 €
Événements familiaux			
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit		
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit		
Action Sociale			
Fonds social	La Commission Solidarité Mutualiste de notre fonds social est à votre disposition pour examiner les modalités d'aide financière dont vous pouvez bénéficier		
Assistance			
Prestations d'assistance	Voir liste des prestations en annexe		

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

	A*	AB	AC	AS	AM
Adulte de moins de 30 ans	20,00 €	34,70 €	42,10 €	54,80 €	68,10 €
Adulte de 30 à 59 ans	20,00 €	49,80 €	60,90 €	76,40 €	94,60 €
Adulte de 60 ans et plus	38,60 €	66,20 €	83,60 €	102,00 €	123,30 €
Enfant (gratuit à partir du 3 ^{ème})	14,40 €	22,30 €	26,00 €	35,40 €	44,30 €

La cotisation du conjoint, quel que soit son âge, suit automatiquement celle de l'adhérent. Toute adhésion doit être faite avant le 70^{ème} anniversaire.
* L'option A est réservée uniquement aux nouveaux adhérents.

Le changement du montant de la cotisation se fait au 1^{er} jour du mois suivant l'anniversaire de l'adhérent pour ses 30 ans ou 60 ans.

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 GAMME PLUS (A Plus / AB Plus / AC Plus/ AS Plus / AM Plus) GAMME QUI N'EST PLUS COMMERCIALISÉE DEPUIS 2016

Garanties au 1^{er} janvier 2019
Contrats santé solidaires et responsables
(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)

A Plus

AB Plus

AC Plus

Frais Médicaux

Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies des secteurs 1 et 2 : consultations - visites - actes de spécialités *	190% BRSS	190% BRSS	190% BRSS
Forfait acte lourd	18 €	18 €	18 €
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies du secteur 3 (secteur non conventionné) : consultations - visites - actes de spécialités	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Analyses – auxiliaires médicaux – soins infirmiers - transport remboursé par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Densitométrie osseuse (tous les 2 ans)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

Pharmacie

Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
--	-----------	-----------	-----------

Hospitalisation (secteur conventionné)

Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière ambulatoire	10 €	20 €	25 €
Chambre particulière avec nuitée	20 €	30 €	45 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	10 €	20 €	25 €
Dépassements d'honoraires CAS	200% BRSS	210% BRSS	220% BRSS
Dépassements d'honoraires hors CAS	170% BRSS	180% BRSS	190% BRSS

Dentaire

Soins dentaires, détartrage préventif et radiologie dentaire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) et implants (plafond par an)**	100% BRSS + 200% RSS	100% BRSS + 112 € + 200% RSS	100% BRSS + 341 € + 200% RSS
Orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale / forfait par semestre)**	100% BRSS + 200% RSS	100% BRSS + 69 € + 200% RSS	100% BRSS + 145 € + 200% RSS

Optique

Monture + 2 verres simples ⁽¹⁾	100 € dont 50 € max pour la monture	160 € dont 60 € max pour la monture	210 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽¹⁾	200 € dont 50 € max pour la monture	230 € dont 60 € max pour la monture	290 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes ⁽¹⁾	200 € dont 50 € max pour la monture	230 € dont 60 € max pour la monture	290 € dont 70 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS	100% BRSS + 112 €	100% BRSS + 158 €
Supplément lentilles acceptées uniquement (par an)	132,44 €	132,44 €	132,44 €
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	100 €	160 €	210 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	-	-

Prothèses médicales

Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)***	220% du BRSS	220% du BRSS + 153 €	220% du BRSS + 366 €
Prothèses auditives (piles et entretien) (maximum par an)	220% du BRSS	220% du BRSS + 305 €	220% du BRSS + 671 €

Cures thermales

Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €
---	--------------	----------------------	----------------------

Médecine douce ou alternative

Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiologie (par acte/par an)****	-	20 € / 60 €	20 € / 80 €
Psychomotriciens et psychologues (par acte/ par an)****	-	20 € / 60 €	20 € / 80 €
Parodontie (par acte/par an)****	-	30 €	30 €
Substituts nicotiniques (patches, médicaments) (par an)****	-	30 €	30 €

Événements familiaux

Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit

Action Sociale

Fonds social	La Commission Solidarité Mutualiste de notre fonds social est à votre disposition pour examiner les modalités d'aide financière dont vous pouvez bénéficier
--------------	---

Assistance

Prestations d'assistance	Voir liste des prestations en annexe
--------------------------	--------------------------------------

Les montants et barèmes indiqués représentent la participation maximale de la Mutuelle dans la limite des frais engagés après déduction du remboursement Sécurité sociale éventuel.

* Si le médecin est non signataire du contrat d'accès aux soins, le remboursement du dépassement est réduit de 20% du BRSS (décret du 19 novembre 2014).

** Pour les options PLUS un maximum de 337,70 € pour 2019 par catégories d'actes refusés par la Sécurité Sociale

*** Le remboursement du grand appareillage (Exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...) est minoré de 120%

**** A l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse. Elles sont plafonnées globalement et annuellement en fonction de l'option choisie

Montant maximum par an pour l'ensemble de ces garanties : option AB Plus = 60 € ; option AC Plus = 80 € ; option AS Plus = 100 € ; option AM Plus = 120 €

Votre Mutuelle s'inscrit dans le cadre d'un contrat "solidaire et responsable" (article 57 de la loi n° 2004 du 13 août 2004). Elle ne peut donc rembourser la part des dépenses laissées à la charge de l'adhérent sauf dans le cadre des dispositions prévues par ces textes.

BRSS : Base Remboursement Sécurité Sociale.

CAS : Médecins signataires ou non d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

⁽¹⁾ Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de changement de dioptrie pour les plus de 18 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu.

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 18 ans.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie

Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 GAMME PLUS (A Plus / AB Plus / AC Plus/ AS Plus / AM Plus) GAMME QUI N'EST PLUS COMMERCIALISÉE DEPUIS 2016

Garanties au 1^{er} janvier 2019

Contrats santé solidaires et responsables

(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)

AS Plus

AM Plus

Frais Médicaux

Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies des secteurs 1 et 2 : consultations - visites - actes de spécialités *	190% BRSS	190% BRSS
Forfait acte lourd	18 €	18 €
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologies du secteur 3 (secteur non conventionné) : consultations - visites - actes de spécialités	100% BRSS	100% BRSS
Analyses – auxiliaires médicaux – soins infirmiers - transport remboursé par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS
Densitométrie osseuse (tous les 2 ans)	100% BRSS	100% BRSS + 38 €

Pharmacie

Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS
--	-----------	-----------

Hospitalisation (secteur conventionné)

Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	18 €	18 €
Chambre particulière ambulatoire	30 €	35 €
Chambre particulière avec nuitée	60 €	75 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	30 €	35 €
Dépassements d'honoraires CAS	230% BRSS	240% BRSS
Dépassements d'honoraires hors CAS	200% BRSS	200% BRSS

Dentaire

Soins dentaires, détartrage préventif et radiologie dentaire	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) et implants (plafond par an)**	100% BRSS + 675 € + 200% RSS	100% BRSS + 1007 € + 200% RSS
Orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale / forfait par semestre)**	100% BRSS + 275 € + 200% RSS	100% BRSS + 405 € + 200% RSS

Optique

Monture + 2 verres simples ⁽¹⁾	270 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 110 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ⁽¹⁾	360 € dont 90 € max pour la monture	460 € dont 110 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes ⁽¹⁾	360 € dont 90 € max pour la monture	460 € dont 110 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS + 248 €	100% BRSS + 336 €
Supplément lentilles acceptées uniquement (par an)	132,44 €	132,44 €
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	270 €	340 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	380 €

Prothèses médicales

Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)***	220% du BRSS + 671 €	220% du BRSS + 976 €
Prothèses auditives (piles et entretien) (maximum par an)	220% du BRSS + 1 129 €	220% du BRSS + 1 587 €

Cures thermales

Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €
---	----------------------	----------------------

Médecine douce ou alternative

Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiologie (par acte/par an)****		
Psychomotriciens et psychologues (par acte/par an)****	20 € / 100 €	20 € / 120 €
Parodontie (par acte/par an)****		
Substituts nicotiniques (patchs, médicaments) (par an)****	30 €	30 €

Événements familiaux

Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit

Action Sociale

Fonds social	La Commission Solidarité Mutualiste de notre fonds social est à votre disposition pour examiner les modalités d'aide financière dont vous pouvez bénéficier
--------------	---

Assistance

Prestations d'assistance	Voir liste des prestations en annexe
--------------------------	--------------------------------------

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

A*
Plus

AB
Plus

AC
Plus

AS
Plus

AM
Plus

Adhérent ou conjoint de moins de 30 ans	29,40 €	43,80 €	51,30 €	64,60 €	76,30 €
Adhérent ou conjoint de 30 à 59 ans	39,30 €	58,40 €	69,70 €	86,10 €	101,80 €
Adhérent ou conjoint de 60 ans et plus	52,70 €	79,70 €	97,30 €	117,00 €	135,10 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème)	19,20 €	26,90 €	30,90 €	40,60 €	48,30 €

La cotisation du conjoint, quel que soit son âge, suit automatiquement celle de l'adhérent. Toute adhésion doit être faite avant le 70^{ème} anniversaire.

* L'option A est réservée uniquement aux nouveaux adhérents.

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 LOSANGE SANTE

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.			
MÉDECINE COURANTE			
Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnés signataires DPTM	100 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS
Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnés non signataires DPTM	100 % BRSS	100 % BRSS	155 % BRSS
Consultations et visites généralistes et spécialistes non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	100 % BRSS	125 % BRSS	180 % BRSS
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	100 % BRSS	100 % BRSS	160 % BRSS
Actes d'analyse et de biologie	100 % BRSS	125 % BRSS	140 % BRSS
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes)(Soins, déplacements)	100 % BRSS	125 % BRSS	140 % BRSS
Transport médical accepté par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	125 % BRSS	140 % BRSS
Forfait "18 €" pour acte lourd	100 % FR	100 % FR	100 % FR
APPAREILLAGE			
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Orthopédie	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses auditives	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Pansements, accessoires, petit appareillage remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BRSS + 200 € / an / bénéficiaire
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale à 65, 30 et 15%	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Patches et Pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité Sociale	-	25 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, OBSTÉTRIQUE ET À DOMICILE			
Honoraires conventionnés signataires DPTM	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Frais de séjour conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chambre particulière (limité à 60 jours /an/bénéficiaire en maison de repos et de convalescence)	-	20 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	15 € / jour	20 € / jour
Honoraires non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait "18 €" pour acte lourd	100 % FR	100 % FR	100 % FR
OPTIQUE*			
2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Pour calculer le délai de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement.			
Monture + 2 verres simples	100 % BRSS	100 € dont 50 € maxi pour la monture	150 € dont 80 € maxi pour la monture
Monture + 2 verres complexes	100 % BRSS	200 € dont 50 € maxi pour la monture	300 € dont 80 € maxi pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	100 % BRSS	300 € dont 50 € maxi pour la monture	500 € dont 80 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	100 % BRSS	150 € dont 50 € maxi pour la monture	200 € dont 80 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	100 % BRSS	250 € dont 50 € maxi pour la monture	300 € dont 80 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	100 % BRSS	275 € dont 50 € maxi pour la monture	400 € dont 80 € maxi pour la monture
Lentilles correctrices prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS + 150 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive, traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	-	-	250 € / œil

GARANTIES 2019 LOSANGE SANTÉ

DENTAIRE			
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité Sociale (parodontologie, prophylaxie, endodontie)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (couronne et adjonction de couronne, bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core)	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS
Implantologie (pose de l'implant)	-	-	-
Implantologie (pose du pilier implantaire)	-	-	-
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale	-	-	140 € tous les 3 ans / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale	-	-	-
PRÉVENTION - BIEN ÊTRE			
Frais de prévention figurant à la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologue, nutritionniste, acupuncture, ergothérapie, pédicure refusée, podologue, micro-kinésiothérapie, chiropraxie.	-	20 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150% BRSS
ASSISTANCE			
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24)	Oui	Oui	Oui

ARGENT

OR

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

MÉDECINE COURANTE			
Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnés signataires DPTM	215 % BRSS		215 % BRSS
Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnés non signataires DPTM	195 % BRSS		195 % BRSS
Consultations et visites généralistes et spécialistes non conventionnés	100 % BRSS		100 % BRSS
Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	170 % BRSS		170 % BRSS
Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	150 % BRSS		150 % BRSS
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	220 % BRSS		320 % BRSS
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	200 % BRSS		200 % BRSS
Actes d'analyse et de biologie	160 % BRSS		160 % BRSS
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes)(Soins, déplacements)	160 % BRSS		160 % BRSS
Transport médical accepté par la Sécurité Sociale	165 % BRSS		165 % de la BR
Forfait "18 €" pour acte lourd	100 % FR		100% FR
APPAREILLAGE			
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)	300 % BRSS		400 % BRSS
Orthopédie	260 % BRSS		360 % BRSS
Prothèses auditives	460 % BRSS		660 % BRSS
Pansements, accessoires, petit appareillage remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS + 500 € / an / bénéficiaire		100 % BRSS + 500 € / an / bénéficiaire
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale à 65, 30 et 15%	100 % BRSS		100 % BRSS
Patches et Pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité Sociale	150 € / an / bénéficiaire		150 € / an / bénéficiaire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, OBSTÉTRIQUE ET À DOMICILE			
Honoraires conventionnés signataires DPTM	300 % BRSS		400 % BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	200 % BRSS		200 % BRSS
Frais de séjour conventionnés	180 % BRSS		230 % BRSS
Chambre particulière (limité à 60 jours /an/bénéficiaire en maison de repos et de convalescence)	60 € / jour		120 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	40 € / jour		40 € / jour
Honoraires non conventionnés	100 % BRSS		100 % BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100 % BRSS		100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR
Forfait "18 €" pour acte lourd	100 % FR		100 % FR

OPTIQUE*		
2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Pour calculer le délai de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement.		
Monture + 2 verres simples	200 € dont 110 € maxi pour la monture	300 € dont 150 € maxi pour la monture
Monture + 2 verres complexes	400 € dont 110 € maxi pour la monture	600 € dont 150 € maxi pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	700 € dont 110 € maxi pour la monture	850 € dont 150 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	300 € dont 110 € maxi pour la monture	450 € dont 150 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	500 € dont 110 € maxi pour la monture	660 € dont 150 € maxi pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	600 € dont 110 € maxi pour la monture	800 € dont 150 € maxi pour la monture
Lentilles correctrices prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100% BRSS + 175 € / an / bénéficiaire	100 % BRSS + 225 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive, traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	500 € / œil	500 € / œil
DENTAIRE		
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité Sociale (parodontologie, prophylaxie, endodontie)	270 % BRSS	370 % BRSS
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité Sociale	270 % BRSS	370 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (couronne et adjonction de couronne, bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core)	370 % BRSS	520 % BRSS
Implantologie (pose de l'implant)	300 € par pose d'implant dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire	420 € par pose d'implant dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Implantologie (pose du pilier implantaire)	200 € par pose de pilier dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire	280 € par pose de pilier dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale	300 € tous les 3 ans / bénéficiaire	400 € tous les 3 ans / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	400 % BRSS	500 % BRSS
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale	-	400 € / an / bénéficiaire
PRÉVENTION - BIEN ÊTRE		
Frais de prévention figurant à la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	Pris en charge	Pris en charge
Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologue, nutritionniste, acupuncture, ergothérapie, pédicure refusée, podologue, micro-kinésiothérapie, chiropractie.	30 € / séance dans la limite de 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance dans la limite de 6 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale	170 % BRSS	170 % BRSS + 150 € / an / bénéficiaire
ASSISTANCE		
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24)	Oui	Oui

Garanties 2019

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Depuis la parution au Journal Officiel de l'arrêté de l'approbation de la convention médicale du 24 octobre 2016, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé depuis le 1^{er} janvier 2017 par l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO). Le dispositif de CAS pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de 3 ans, s'achèvera au plus tard le 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura une coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS et OPTAM/OPTAM-CO. Cette convention, signée entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux autorise ces derniers à pratiquer des dépassements d'honoraires. Ce contrat engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés. En contrepartie, ils bénéficient d'un allègement des cotisations sociales et d'un alignement de leur base de remboursement sur le secteur 1. Pour savoir si votre médecin traitant est signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, rendez-vous sur ameli-direct.fr

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité / **FR** : Frais Réels

* OPTIQUE

Limitation à une paire de lunettes (1monture+2 verres) tous les 2 ans révolus pour les bénéficiaires de 18 ans et plus sauf changement de dioptrie

Limitation à une paire de lunettes (1monture+2 verres) tous les ans révolus pour les bénéficiaires de - 18 ans et plus sauf changement de dioptrie

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphère-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

COTISATIONS MENSUELLES LOSANGE SANTÉ au 1^{er} JANVIER 2019

Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Argent	Or
Enfant	18.27 €	21.22 €	29.74 €	41.00 €	53.00 €
20 et moins	21.70 €	25.67 €	35.69 €	45.36 €	59.43 €
21	22.17 €	26.23 €	36.28 €	45.96 €	60.11 €
22	22.65 €	26.82 €	36.89 €	46.61 €	60.86 €
23	23.16 €	27.42 €	37.54 €	47.30 €	61.66 €
24	23.68 €	28.04 €	38.21 €	48.03 €	62.52 €
25	24.21 €	28.69 €	38.92 €	48.79 €	63.43 €
26	24.77 €	29.35 €	39.65 €	49.60 €	64.40 €
27	25.34 €	30.04 €	40.41 €	50.44 €	65.42 €
28	25.94 €	30.75 €	41.20 €	51.32 €	66.49 €
29	26.55 €	31.49 €	42.02 €	52.25 €	67.62 €
30	27.19 €	32.25 €	42.88 €	53.21 €	68.80 €
31	27.84 €	33.04 €	43.76 €	54.21 €	70.03 €
32	28.52 €	33.85 €	44.68 €	55.25 €	71.32 €
33	29.22 €	34.70 €	45.62 €	56.33 €	72.66 €
34	29.95 €	35.57 €	46.61 €	57.45 €	74.06 €
35	30.70 €	36.46 €	47.62 €	58.62 €	75.51 €
36	31.47 €	37.39 €	48.67 €	59.82 €	77.02 €
37	32.28 €	38.35 €	49.76 €	61.07 €	78.58 €
38	33.11 €	39.34 €	50.88 €	62.37 €	80.21 €
39	33.96 €	40.37 €	52.04 €	63.71 €	81.89 €
40	34.85 €	41.43 €	53.24 €	65.10 €	83.63 €
41	35.77 €	42.53 €	54.49 €	66.54 €	85.45 €
42	36.73 €	43.66 €	55.78 €	68.04 €	87.33 €
43	37.72 €	44.84 €	57.12 €	69.58 €	89.28 €
44	38.74 €	46.05 €	58.49 €	71.18 €	91.30 €
45	39.80 €	47.30 €	59.92 €	72.84 €	93.09 €
46	40.89 €	48.60 €	61.39 €	74.51 €	94.88 €
47	42.02 €	49.94 €	62.90 €	76.27 €	96.67 €
48	43.19 €	51.32 €	64.47 €	78.14 €	98.46 €
49	44.40 €	52.75 €	66.09 €	80.11 €	100.25 €
50	45.66 €	54.23 €	67.76 €	82.18 €	102.05 €
51	46.95 €	55.76 €	69.49 €	84.34 €	103.84 €
52	48.30 €	57.34 €	71.28 €	86.60 €	105.63 €
53	49.68 €	58.98 €	73.12 €	88.96 €	107.42 €
54	51.12 €	60.67 €	75.02 €	91.42 €	109.21 €
55	52.61 €	62.42 €	76.99 €	93.98 €	111.00 €
56	54.15 €	64.22 €	79.02 €	96.64 €	115.00 €
57	55.74 €	66.09 €	81.12 €	99.40 €	118.00 €
58	57.39 €	68.03 €	83.29 €	102.26 €	121.00 €
59	59.10 €	70.03 €	85.54 €	105.22 €	125.00 €
60	60.86 €	72.09 €	87.85 €	108.28 €	128.00 €
61	62.72 €	74.25 €	90.27 €	111.44 €	132.00 €
62	64.63 €	76.47 €	92.77 €	114.70 €	135.00 €
63	66.62 €	78.77 €	95.36 €	118.06 €	139.00 €
64	68.68 €	81.16 €	98.03 €	121.52 €	143.00 €
65	70.81 €	83.62 €	100.80 €	125.08 €	147.00 €
66	73.02 €	86.17 €	103.66 €	128.74 €	152.00 €
67	75.30 €	88.82 €	106.61 €	132.50 €	156.00 €
68	77.67 €	91.55 €	109.67 €	136.36 €	162.00 €
69	80.13 €	94.38 €	112.83 €	140.32 €	167.00 €
70	82.67 €	97.31 €	116.10 €	144.38 €	172.00 €

Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Argent	Or
71	85.31 €	100.35 €	119.48 €	139.00 €	177.00 €
72	88.04 €	103.49 €	122.98 €	143.00 €	182.00 €
73	90.87 €	106.74 €	126.60 €	146.00 €	187.00 €
74	93.80 €	110.11 €	130.34 €	150.00 €	193.00 €
75	96.84 €	113.60 €	134.22 €	154.00 €	198.00 €
76	99.99 €	117.22 €	138.23 €	158.00 €	203.00 €
77	103.26 €	120.97 €	142.39 €	162.00 €	207.00 €
78	106.64 €	124.85 €	146.69 €	166.00 €	212.00 €
79	110.15 €	128.87 €	151.14 €	170.00 €	216.00 €
80	113.79 €	133.04 €	155.75 €	174.00 €	221.00 €
81	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
82	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
83	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
84	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
85	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
86	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
87	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
88	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
89	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
90	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
91	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
92	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
93	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
94	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
95	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
96	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
97	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
98	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
99	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €
100	117.57 €	137.37 €	160.53 €	182.00 €	229.00 €

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire. Elles sont établies pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites
- de l'âge, c'est-à-dire qu'il y a changement de cotisation au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation enfant s'applique jusqu'à l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 9, Chapitre 1 des Statuts de la mutuelle.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée. La cotisation des nouveaux nés, dont l'un des parents est adhérent au présent règlement à la naissance, est offerte durant les douze premiers mois de leur adhésion, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :

- la demande d'adhésion doit intervenir dans les 2 mois suivant leur naissance ;
- l'adhésion doit prendre effet au jour de leur naissance.

Toute adhésion doit être faite avant le 80^{ème} anniversaire

PARTIE 2

Règlement mutualiste applicable aux contrats santé ne remplissant pas les critères solidaires et responsables

**Art°: R.871-1 et R.871-2
du code de la Sécurité Sociale**

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du Membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

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

Ayants droit : au sens de la Sécurité Sociale, désignent les personnes à la charge du Membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie et les mutuelles. C'est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé qui est remplacé progressivement par un autre : OPTAM et OPTAM CO

Contrat responsable : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le Membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Mobilité Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 775 722 655, dont le siège social se situe à Boulogne Billancourt (92772), 9 rue de Clamart.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

« **OPTAM / OPTAM-CO** » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO prévue de 3 ans.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la

Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité Sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.

- **Montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

TITRE I - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Des critères d'accessibilité aux différents contrats existent en fonction de l'âge ou du régime du membre participant (actifs, retraités...). Cela est précisé dans les tableaux de garanties en fin de règlement.

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

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties frais de santé qu'il a choisi, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents niveaux de garanties des modules proposés ;

L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties.

- les bénéficiaires de la garantie frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le Membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du Membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, (ou à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année du rattachement fiscal),
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité (passeport, CNI). A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.
- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,

Le Membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle, de coordonnées postales et de domiciliation bancaire.

Les membres participants d'une garantie santé individuelle de Mobilité Mutuelle (hors garanties sur-complémentaires) peuvent demander la remise de la cotisation pour leurs enfants handicapés jusqu'à la date de leur vingtième anniversaire. Ils pourront ensuite être maintenus à la mutuelle avec la cotisation enfant, s'ils sont à leur charge juridique et sur présentation de justificatifs ou s'ils deviennent orphelins. Pour bénéficier de ces dispositions, une demande doit être formulée par écrit.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1 la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2 les vérifications de ces pièces justificatives ainsi que celles, réglementaires, incombant aux mutuelles soumises aux

obligations des directives de Solvabilité 2.

3 le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et éventuellement d'un droit d'entrée ?.

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre participant.

Les soins dispensés avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

En dehors des contrats solidaires et responsables, l'adhésion à un autre contrat est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Une carte est délivrée par assuré social. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le Membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le Membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le Membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)..... domicilié(e).... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « Mobilité Mutuelle » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à, le, (signature).

A adresser à : Mobilité Mutuelle / Direction Service Client - 9, rue de Clamart 92772 Boulogne Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser dans plusieurs cas.

- À la demande du Membre participant :
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre,
 - en cours d'année si le Membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire frais de santé, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse au 1er jour du mois civil suivant le mois de réception des justificatifs précités.

Dans l'hypothèse où un ancien participant a été radié notamment pour non-paiement de cotisations, la demande de réadmission à un contrat individuel doit être validée par la Direction de la mutuelle.

En cas de séparation, divorce ou rupture de PACS, sur présentation d'un justificatif, le membre participant pourra demander la démission de son conjoint et/ou de ses ayants droit bénéficiaires par lettre recommandée avec accusé de réception. La démission sera acceptée au premier jour du mois qui suit sa demande.

La dénonciation par le Membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent règlement, sauf dérogation par la Mutuelle.

- À la demande de la Mutuelle :
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11.
- À titre exceptionnel, le Membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de décès du Membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

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

- 1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :
 - accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
 - accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
 - accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

- 2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité Sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 Choix et changement de garantie

Le portefeuille de la mutuelle se compose de plusieurs gammes santé :

- La garantie sur-complémentaire GC, contrat hors cadre solidaire et responsable plus commercialisée depuis le 1er janvier 2016,
- La garantie Hospi, contrat hors cadre solidaire et responsable

en cours de commercialisation,

- La garantie Sérénité, contrat surcomplémentaire hors cadre solidaire et responsable en cours de commercialisation mais uniquement pour les membres participants au contrat collectif Renault bénéficiaires de la garantie socle (ou A pour le régime d'accueil) et de la complémentaire (ou B pour régime d'accueil),
- La gamme Confort, garanties individuelles santé surcomplémentaire hors cadre des contrats solidaires et responsables en cours de commercialisation.

Le membre participant peut prétendre à l'adhésion à l'ensemble des garanties commercialisées.

Tout changement pour une garantie (option) inférieure engage l'adhérent pour une durée minimale de 12 mois, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Le membre participant anciennement bénéficiaire d'une garantie surcomplémentaire devra attendre 2 années, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le Membre participant.

7.2 Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties frais de santé (les garanties des ayants droit sont identiques à celles du membre participant), sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le Membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 21 ans, être non salarié et bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité Sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du Membre participant. L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^{ème} anniversaire,
 - être âgés de moins de 25 ans, et :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,

- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,

- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation,

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La limite d'âge peut être différente dans les contrats collectifs.

La démission ou la radiation du Membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.3 Délais d'attente

Le droit aux prestations forfaitaires, pour le membre participant et/ou ses bénéficiaires, prend effet dans un délai de 3 mois pour l'ensemble des prestations, décompté à partir du premier jour du mois pour lequel la cotisation est payée. Ce délai passe à 6 mois après 60 ans d'âge.

Le changement d'option se fera au 1^{er} janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1^{er} juillet n, le changement d'option sera effectif au 1^{er} janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours.

7.4 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement. Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définis ci-dessus.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé

spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité Sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire. En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/module choisi, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisi, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après.

Hospitalisation :

- Hospitalisation chirurgicale :
 - frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale :
 - pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation ;
 - hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale ;
 - frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) ;
 - honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin soumis ou non à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Chambre Particulière : Selon la formule/module choisi, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit) ainsi que la chambre particulière en ambulatoire.

La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 180 jours par année civile lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale. Cette limite peut être supprimée pour certains contrats. Cela est précisé dans le tableau de garantie efférent.

Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.

Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire assuré au présent règlement. Les forfaits « frais d'accompagnement » sont versés, selon la formule / module souscrit, en cas d'hospitalisation.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maisons de parents) et la restauration.

Soins courants :

Pour l'ensemble des formules / modules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Optique :

Verres et monture : Equipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du type de verre (verre simple, complexe ou hypercomplexe), du défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et de sa gravité selon une échelle de mesure définie comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries

verre multifocal ou progressif

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries

verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

Classe 1 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme <>2

Classe 2 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme <>2

Classe 3 : Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 4,25 à 6 / Astigmatisme <>4

Classe 4 : Myopie, Hypermétropie de 6,25 à 8 / Astigmatisme <> 4 ou Myopie, Hypermétropie de 0 à 8 / Astigmatisme <>4,25

Classe 5 : Myopie, Hypermétropie 8,25 / Astigmatisme toutes corrections

Des forfaits «monture enfant», «monture adulte», «verre adulte» et «verre enfant» sont versés, dans les conditions précisées ci-

dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé de 1^{er} niveau.

Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité Sociale: ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.

Chirurgie réfractive : selon la formule / module choisi, un forfait est versé une seule fois par œil, sur présentation de la facture acquittée. Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

En fonction de la formule/module retenu, la Mutuelle peut prendre en charge les garanties suivantes, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco- dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité Sociale,
- parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale. Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement,
- inlays - onlays pris en charge par la Sécurité Sociale,
- implants non pris en charge par la Sécurité Sociale. La Mutuelle verse éventuellement un forfait par dent et peut appliquer une limite annuelle civile,
- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), réparations sur prothèses et inlay-core,
- prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale,
- orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale,
- orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale,

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité Sociale. Le calcul peut également se faire par reconstitution d'une base de remboursement Sécurité Sociale.

Pour certaines des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité Sociale à hauteur du ticket modérateur.

Appareillage :

Selon la formule / module choisi, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie, l'audioprothèse et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité Sociale.

Les appareils d'aide à la vision peuvent être pris en charge à titre exceptionnel sur certaines formules / modules sur présentation d'une prescription médicale. Le montant remboursé correspond au

forfait optique (monture et verres simples).

Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité Sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Selon la formule/module choisi, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Médecine douce ou alternative :

Selon la formule / module choisi, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité Sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les kinésiothérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues, les homéopathes, les diététiciens, les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les podologues et les acupuncteurs. Certains actes de pédicurie refusée, de micro-kinésio, ou des pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité Sociale peuvent faire également l'objet de contribution ou de complément.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire Adeli.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée, avec cachet du praticien. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

Enfin, les substituts tabagiques en patch ou médicament peuvent être pris en compte (dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

8.1 Fonds social

Le Membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

La gestion du fonds social est assurée par la Commission Solidarité Mutualiste (voir article 20 du règlement).

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies éventuellement pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites, (pour certaines garanties, le membre participant et ses ayants droit adhérent systématiquement à la même option),
- pour certaines garanties, du département de résidence du Membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité Sociale de rattachement sera retenu),

- pour certaines garanties du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'âge, c'est-à-dire que pour certaines garanties comme Losange, si un changement du montant de cotisation est prévu au 1er janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation « Enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.2 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié, tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique (en général le 10 du mois).

Le Membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement de sa dette en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante. Une fois sa dette acquittée, il pourra de nouveau prétendre au prélèvement automatique.

Si la date d'adhésion du Membre participant ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du Membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus au premier alinéa. L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du Membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera

majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées sur décision du Conseil d'Administration.

Elles sont modifiées, en règle général, chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement Mobilité Mutuelle.

13.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc...).

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

13.3 Justificatifs et contrôles

- Garantie frais de santé

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans et le trimestre en cours suivant :

- le remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- La date des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans et le trimestre en cours conformément aux pratiques de la Sécurité Sociale 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, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

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

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour

établir les relations précontractuelles avec le Membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.2 Langue utilisée

La Mutuelle et le Membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre participant au présent règlement.

16.3 Fonds de garantie

Le Membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION

17.1 Demande d'information

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le Membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

17.2 Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter Mobilité Mutuelle à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Mobilité Mutuelle

9 rue de Clamart

92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion

A compter de la réception de la réclamation, la mutuelle apporte une réponse circonstanciée au Membre Participant dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la mutuelle adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la Mutuelle, le membre participant, ses bénéficiaires ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du membre participant ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de
l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest CS 92459
75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement

Toute modification du présent règlement sera notifiée au Membre participant.

19.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par la Mutuelle, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Membre Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Membre Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le Membre Participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'organisme assureur pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Membre Participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. ».

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En application des articles L. 223-1 à L. 223-7 du Code de la consommation, le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société Opposetel, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance,

cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée à l'article 19.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

exigées par les œuvres sociales intégrées dans la Mutuelle et gérées par elle et par les organismes supérieurs auxquels la Société est affiliée.

19.4 Recommandé Electronique

L'équivalence de l'envoi recommandé électronique à la lettre recommandée a été posée par l'ordonnance n°2017-1433 du 04 octobre 2017.

Ainsi, outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par le membre participant, par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de résiliation par le membre participant de l'adhésion individuelle de ses ayants-droit.

L'envoi recommandé électronique est également admis en cas de renonciation au contrat individuel conclu à distance selon les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription:

- de l'action en paiement des cotisations, par l'organisme assureur au membre participant,
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le membre participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à l'organisme assureur.

ARTICLE 20 - COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE

Elle a en charge l'étude des dossiers justifiant une aide potentielle de la Mobilité Mutuelle dans les cas de :

- maladies graves ou chroniques, de blessures ou d'infirmité et plus généralement de difficultés financières liées à une maladie.
- décès, en cas de difficultés financières (hors contrat santé collectif du groupe Renault). Pour les membres participants ou un de leurs bénéficiaires, sur demande, après étude du dossier et sur présentation d'un acte de décès et d'une facture acquittée, une participation peut être attribuée à la personne ayant réglé les frais, en cas de frais d'obsèques et/ou de don du corps.

ARTICLE 21 - ACCÈS AUX ŒUVRES SANITAIRES ET SOCIALES

La cotisation mensuelle pourra comprendre tous les frais d'adhésion aux Unions départementales permettant ainsi aux membres participants l'accès aux œuvres de celles-ci.

Les membres participants de la mutuelle et leur famille peuvent bénéficier de certains avantages accordés par ces diverses institutions, suivant les conditions prévues par leurs statuts et règlements, en échange du versement de cotisations spéciales

ANNEXES relatives à la Partie 2 :

**Règlement mutualiste applicable aux contrats santé
solidaires et responsables**

Art°: R.871-1 et R.871-2

du code de la Sécurité Sociale

Pièces à joindre aux demandes de prestations

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités des garanties souscrites.

Pour le contrat HOSPI,

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...) et bordereau de facturation.
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée. Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD

Pour les contrats sur-complémentaire non solidaires et responsables, les décomptes originaux de la complémentaire santé de niveau 1 et les factures justificatives.

Si le contrat est souscrit en complément d'un contrat santé solidaire et responsable de Mobilité Mutuelle, le tableau des pièces à fournir de la partie 1 est à appliquer

GARANTIE 2019 HOSPI

Garanties au 1 ^{er} janvier 2019 (y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)		HOSPI
Hospitalisation (secteur conventionné)		
Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)		100% BRSS
Forfait journalier hospitalier		100% du forfait
Forfait acte lourd		18 €
Chambre particulière ambulatoire	} (dans la limite de 180 jours/an)	10 €
Chambre particulière avec nuitée		10 € par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)		10 € par jour
Dépassements d'honoraires CAS		120% BRSS
Dépassements d'honoraires hors CAS		100% BRSS

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET RENVOIS

Les montants et barèmes indiqués représentent la participation maximale de la Mutuelle dans la limite des frais engagés après déduction du remboursement Sécurité sociale éventuel.

BRSS : Base Remboursement Sécurité Sociale.

CAS : Médecins signataires ou non d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

HOSPI	
Adulte de moins de 30 ans	10,40 €
Adulte de 30 à 59 ans	10,40 €
Adulte de 60 ans et plus	10,40 €
Enfant (gratuit à partir du 3 ^{ème})	5,00 €

La cotisation du conjoint, quel que soit son âge, suit automatiquement celle de l'adhérent. Toute adhésion doit être faite avant le 70^{ème} anniversaire. Le changement du montant de la cotisation se fait au 1^{er} jour du mois suivant l'anniversaire de l'adhérent pour ses 30ans ou 60 ans

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 GAMME CONFORT

Garanties Sur-Complémentaires au 1^{er} janvier 2019

(en complément des remboursements du régime Sécurité Sociale et de votre complémentaire santé)

Confort 1

Confort 2

Médecine de ville (secteur conventionné)		
Consultations, visites - Médecin traitant ou généraliste	-	10 €
Consultations, visites - Médecin ou spécialiste secteur 2	20 €	40 €
Consultations, visites - Professeurs	40 €	80 €
Médecine douce ou alternative (par an)*	30 €	60 €
Hospitalisation (secteur conventionné en médecine et chirurgie, hors maternité)		
Chambre particulière (par jour)**	20 €	40 €
Lit d'accompagnement (enfant de -12 ans) (par jour)**	20 €	40 €
Dépassements d'honoraires	100 % BRSS	200 % BRSS
Actes dentaires (maximum par an et par bénéficiaire)		
Prothèse dentaire avec prise en charge par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	200 % BRSS
Implant (par an)	200 €	400 €
Parodontologie *	30 €	60 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	200 % BRSS
Optique (une paire tous les 2 ans)		
Monture + 2 verres simples ***	40 € dont monture max 10 €	80 € dont monture max 20 €
Monture + 2 verres à dioptries différentes ***	80 € dont monture max 10 €	120 € dont monture max 20 €
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ***	120 € dont monture max 10 €	180 € dont monture max 20 €
Lentilles sur prescription médicale (par an)	100 €	200 €
Appareillage, prothèses, acoustique		
Orthopédie, appareillage et accessoires	50 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses auditives	50 % BRSS	150 % BRSS

Ces prestations sont remboursées dans la limite des frais engagés et ne concernent pas le ticket modérateur.

Le détail des prestations figure dans le règlement mutualiste de Mobilité Mutuelle.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. (Cf : site internet Ameli.fr)

* Ces garanties regroupent les actes d'ostéopathie, de chiropractie, de parodontologie, de kinésiologie, de psychomotricité et de psychologie (à l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse). Elles sont plafonnées globalement et annuellement à 30 € pour Confort 1 et 60 € pour Confort 2.

** Chambre particulière et lit d'accompagnement limité à 180 jours par an et à 60 jours par an pour maison de repos et de convalescence

*** Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de changement de dioptrie pour les plus de 18 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu.

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 18 ans.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie

Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

Le droit aux prestations d'une des garanties Confort prend effet 3 mois après l'adhésion ou 6 mois à partir de 60 ans (délai de carence).

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

Confort 1

Confort 2

Adulte jusqu' à 59 ans	11,40 €	19,20 €
Adulte de 60 ans et plus	15,70 €	25,40 €
Enfant (gratuit à partir du 3 ^{ème})	6,10 €	9,50 €

Les contrats Confort 1 et 2 sont accessibles à tous les titulaires d'un contrat complémentaire santé solidaire et responsable. (Hors CMU, titulaire du RSA et option HOSPI).

Toute adhésion doit être faite avant le 70^{ème} anniversaire.

Il n'y a pas de limite d'âge aux prestations ni de formalité médicale à l'adhésion.

Les changements de niveaux se font le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande nous soit parvenue avant le 31 décembre

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 OPTION GC (PLUS COMMERCIALISEE DEPUIS 2016)

GC	
Vos garanties au 1^{er} janvier 2019 (en complément des remboursements du régime Sécurité Sociale et de votre complémentaire santé)	
Frais Médicaux	
Médecins spécialistes du secteur 2 (par acte)*	33,77 €
Médecins professeurs (par acte)*	67,54 €
Hospitalisation (secteur conventionné en médecine et chirurgie, hors maternité)	
Chambre particulière, lit d'accompagnement (si hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans) et dépassements d'honoraires (maximum par an)	2 648,80 €
Hospitalisation à l'étranger (remboursée par la Sécurité Sociale)	200% RSS
Dentaire	
Couronnes - Inters de bridge - Inlays (remboursés par la Sécurité Sociale)	200% RSS
Orthodontie (remboursée par la Sécurité Sociale)	200% RSS
Orthodontie - Implants (refusés par la Sécurité Sociale) (par an)**	337,70 €
Optique	
Lunettes (verres simples + monture) remboursées par la Sécurité Sociale	67,54 €
Lunettes (verres progressifs + monture) remboursées par la Sécurité Sociale	135,08 €
Lentilles (remboursées par la Sécurité Sociale) (par an)	135,08 €
Prothèses médicales	
Prothèses diverses, orthopédie (hors grand appareillage)***	200% RSS
Prothèses auditives	200% RSS

Ces prestations sont remboursées dans la limite des frais engagés et ne concernent pas le ticket modérateur.

Le détail des prestations figure dans le règlement mutualiste de Mobilité Mutuelle.

RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale avant intervention de la mutuelle.

FR : Frais réels

* Maximum cumulé de 337,70 € pour 2019. Les pénalités laissées à votre charge par votre organisme complémentaire pour les actes reconnus hors parcours de soins par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursées.

** Maximum de 337,70 € pour 2019 par catégorie d'actes.

***Le grand appareillage est exclu de cette garantie. Exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...

Le droit aux prestations de la Garantie Complémentaire GC prend effet 3 mois après l'adhésion ou 6 mois à partir de 60 ans d'âge (délai de carence).

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

GC

Adhérent ou conjoint jusqu'à 59 ans	12,00 €
Adhérent ou conjoint de 60 ans et plus	18,50 €
Enfant (gratuit à partir du 3 ^{ème})	6,60 €

La cotisation du conjoint, quel que soit son âge, suit automatiquement celle de l'adhérent.

GARANTIES ET COTISATIONS 2019 SÉRÉNITÉ SANTÉ

Régime du contrat santé collectif Renault			SÉRÉNITÉ SANTÉ
GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (sauf pour les forfaits en € qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale)	RÉGIME A SOCLE À ADHÉSION OBLIGATOIRE	RÉGIME B SURCOMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION FACULTATIVE (sous déduction des prestations du socle)	RÉGIME Sur-complémentaire (en complément du régime optionnel facultatif)
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE			
Consultations et visites généralistes/spécialistes conventionnés signataires CAS	215 % BR	215 % BR	
Consultations et visites généralistes/spécialistes conventionnés non signataires CAS	195 % BR	195 % BR	+ 30 € par acte pour un spécialiste* + 60 € par acte pour un professeur*
Consultations et visites généralistes / spécialistes non conventionnés	100 % BR	100 % BR	
Petite chirurgie/actes de spécialité signataires CAS	170 % BR	170 % BR	-
Petite chirurgie/actes de spécialité non signataires CAS	150 % BR	150 % BR	-
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires CAS	220 % BR	320 % BR	-
Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires CAS	200 % BR	200 % BR	-
Biologie médicale	160 % BR	160 % BR	-
Auxiliaires médicaux	160 % BR	160 % BR	-
Transport	165 % BR	165 % BR	-
Forfait «18 €» pour acte lourd	100 % FR	100 % FR	-
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MATERNITÉ ET À DOMICILE			
Honoraires conventionnés signataires CAS	300 % BR	400 % BR	Complément maximum de 2 500 € par an et par bénéficiaire pour les frais de dépassements d'honoraires, de chambre particulière et d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans
Honoraires conventionnés non signataires CAS	200 % BR	200 % BR	
Frais de séjour conventionnés	180 % BR	230 % BR	
Chambre particulière (limité à 60 jours/an/bénéficiaire en maison de repos et de convalescence)	60 € / jour	120 € / jour	
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	40 € / jour	40 € / jour	
Honoraires non conventionnés	100 % BR	100 % BR	-
Frais de séjour non conventionnés	100 % BR	100 % BR	-
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	-
Forfait «18 €» pour acte lourd	100 % FR	100 % FR	-
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale à 100, 65, 30 et 15 %	100 % BR ou 100 % TFR	100 % BR ou 100 % TFR	-
Patches et pilules contraceptives prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	-
OPTIQUE			
- Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de changement de dioptrie pour les plus de 18 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu.			
- Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 18 ans.			
Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries			
Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif			
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries			
Monture + 2 verres simples	200 € dont 110 € au maximum pour la monture	300 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 60 €
Monture + 2 verres complexes	400 € dont 110 € au maximum pour la monture	600 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 120 €
Monture + 2 verres très complexes	700 € dont 110 € au maximum pour la monture	850 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 120 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	300 € dont 110 € au maximum pour la monture	450 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 90 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	500 € dont 110 € au maximum pour la monture	660 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 90 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	600 € dont 110 € au maximum pour la monture	800 € dont 150 € au maximum pour la monture	+ 120 €
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % BR + 175 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 225 € / an / bénéficiaire	+ 190 €
Chirurgie réfractive - traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	500 € par oeil	500 € par oeil	-

DENTAIRE			
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité Sociale (parodontologie, prophylaxie, endodontie)	270 % BR	370 % BR	-
Inlays - onlays remboursés par la Sécurité Sociale	270 % BR	370 % BR	-
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core)	370 % BR	520 % BR	+ 200 % RSS
Implantologie (pose de l'implant)	300 € par pose d'implant dans la limite de 2 implants par an par bénéficiaire	420 € par pose d'implant dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire	+ 300 € / an
Implantologie (pose du pilier implantaire)	200 € par pose de pilier dans la limite de 2 piliers par an par bénéficiaire	280 € par pose de pilier dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire	
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale	300 € tous les 3 ans / bénéficiaire	400 € tous les 3 ans / bénéficiaire	-
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	400 % BR	500 % BR	+ 100 % RSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	-	400 € / an / bénéficiaire	+ 400 € / an
APPAREILLAGE			
Grand Appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)	300 % BR	400 % BR	+ 200 % RSS**
Orthopédie	260 % BR	360 % BR	+ 200 % RSS
Prothèses auditives	460 % BR	660 % BR	+ 200 % RSS
Pansements, accessoires, petit appareillage remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR + 500 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 500 € / an / bénéficiaire	-
MÉDECINE ALTERNATIVE			
Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologue, chiropractie nutritionniste, acupuncture, ergothérapie, pédicure refusée, podologue, micro-kinésie	30 € / séance dans la limite de 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance dans la limite de 6 séances / an / bénéficiaire	-
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale	170 % BR	170 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	-
FRAIS DE PRÉVENTION			
Frais de prévention figurant à la liste établie par l'arrêté du 8/06/06		Pris en charge	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / FR : Frais Réels / RSS : Remboursement Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur / TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité / CAS : Médecins signataires ou non d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Ces prestations sont remboursées en complément du régime optionnel du contrat collectif santé dans les limites des frais engagés et ne concernant pas le ticket modérateur.

Le détail des prestations figure dans le Règlement Mutualiste de Mobilité Mutuelle

* Maximum cumulé de 300 € pour l'année. Les pénalités laissées à votre charge par votre organisme complémentaire pour les actes reconnus hors parcours de soins par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursées.

** Hors exceptions spécifiques. Exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...

« Le droit aux prestations de la garantie sur-complémentaire Sérénité prend effet 3 mois après l'adhésion ou 6 mois à partir de 60 ans (délai de carence) ».

L'adhésion de l'ensemble du foyer au régime optionnel facultatif est obligatoire pour bénéficier de la sur-complémentaire **SÉRÉNITÉ SANTÉ**

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2019

Sérénité Santé

Régime collectif obligatoire

Adhérent bénéficiant du régime optionnel du contrat collectif santé Renault (y compris les salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés et les Ayants droit d'assurés décédés)

Isolé	14,20 €
Duo	27,50 €
Famille	40,60 €

Régime d'accueil

Adhérent bénéficiant du régime d'accueil du contrat collectif santé Renault

Adulte	20,90 €
Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	7,20 €

Janvier 2019

9, rue de Clamart
92772 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : 01 46 94 29 00 - Fax : 01 46 94 29 69
Email : sante@mutuellerenault.com
Site internet : www.mutuellerenault.fr
API : FR CL9 009 1 10