



mobilité mutuelle
Groupe **malakoff humanis**

RÈGLEMENT MUTUALISTE : **MUTUELLE RENAULT MADELIN** **Applicables à compter du 1^{er} janvier 2022**

Approbation lors du Conseil d'Administration du 12 octobre 2021

9, rue de Clamart

92772 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : 01 46 94 29 00 - Fax : 01 46 94 29 69

Email : sante@mobilitemutuelle.fr

Site internet : www.mobilitemutuelle.fr

Mobilité Mutuelle, la marque commerciale de Mutuelle Renault - SIREN 775 722 655 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité

Table des matières

DEFINITIONS :	3
ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHESION.....	5
Article 2 - FORMALITES D'ADHESION.....	5
Article 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION.....	6
article 4 – FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE.....	6
Article 5 - DUREE, renouvellement et cessation de l'ADHESION.....	7
5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion.....	7
5.2 Cessation de l'adhésion.....	7
La résiliation à l'initiative de la Mutuelle s'effectue par lettre recommandée.....	7
ARTICLE 6 – EXCLUSIONS COMMUNES.....	9
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	9
7.1 – Contrat « responsable ».....	9
7.2 – Choix et changement de garantie.....	9
7.3 – Bénéficiaires.....	10
7.4 Délais d'attente.....	10
7.5 Définition - Prestations garanties.....	11
ARTICLE 8 – FONDS SOCIAL.....	18
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS.....	19
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	19
Article 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	19
Article 12 - REVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES.....	19
Evolutions règlementaires.....	20
Modalités de révision.....	20
ARTICLE 13 – DEDUCTION FISCALE DES COTISATIONS.....	20
Article 14 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	21
14.1 Paiement des cotisations.....	21
14.2 Demandes de prestations.....	21
14.3 – Justificatifs et contrôles.....	21
14.4 – Déchéance de garantie au sinistre.....	21
Article 15 - RECOURS subrogatoire.....	23
ARTICLE 16 - PRESCRIPTION.....	23
Article 17 – DEMANDES D'INFORMATION - RECLAMATION - MEDIATION.....	23
ARTICLE 18 - CONTROLE DE LA MUTUELLE.....	24
Article 19 - dispositions diverses.....	24
19.1 Valeur contractuelle.....	24
19.2 Protection des données à caractère personnel.....	24
19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique.....	26
Annexes au règlement mutualiste Mobilité Mutuelle MADELIN.....	27

ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations	27
ANNEXE 2 : Tableau des prestations	28
ANNEXE 3 : Tableau des cotisations	28
ANNEXE 4 : Garantie Assistance et téléconsultation.....	28

DEFINITIONS :

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.

Association LAFPAC (La Fayette Promotion des Assurances Collectives) : l'association souscriptrice du contrat est un groupement de travailleurs non-salariés constitué sous la forme d'association « loi 1901 » comportant plus de mille membres, dont le siège social se situe à PARIS (75009) – 59-61 rue La Fayette. Les statuts de l'association sont tenus à la disposition du membre participant et peuvent lui être fournis à tout moment sur simple demande auprès de la Mutuelle. Le présent Règlement, valant notice d'information, reprend les termes dudit contrat.

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 Responsable : Contrat collectif 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 :

- décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, loi n°2016-49 du 21 janvier 2016,
- décret 2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires (100% santé*).

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 travailleur non salarié (TNS) ou conjoint collaborateur d'un TNS, reconnue comme tel par les régimes obligatoires d'assurance maladie – maternité et vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non agricoles, qui adhère à l'Association LAFPAC (La Fayette Promotion des Assurances Collectives) et au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Mutuelle Renault, 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.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

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).

Travailleur Non Salarié (TNS) : s'entend de la personne affiliée à l'un des régimes obligatoires d'assurance maladie – maternité et vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non agricoles :

- TNS imposés au titre des BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux) : Artisans, Industriels, Commerçants ;
- TNS imposés au titre des BNC (Bénéfices Non Commerciaux) : Professions libérales ;
- TNS Dirigeants de société : Gérant majoritaire de SARL, Gérants associés de sociétés en commandite par action, Associés des sociétés en nom collectif, Associés des sociétés en commandite simple, Associés des sociétés de personnes, Associés des sociétés civiles, Associés d'EURL, Associés de sociétés en participation
- Conjoint collaborateur : des exploitants individuels BIC ou BNC, d'associé unique EURL.

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).

100% santé : Ce dispositif encadré par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, publié le 12 janvier 2019 au Journal Officiel, donne accès sans reste à charge à certains équipements optiques, à des aides auditives ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le dispositif s'échelonne dans le temps depuis le 1er janvier 2020.

TITRE I - ADHESION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au règlement est réservée à toute personne **affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français et exerçant de façon effective** une activité professionnelle en qualité de Travailleur Non Salarié (TNS) ou conjoint collaborateur de TNS, reconnues comme tel par les régimes obligatoires d'assurance maladie - maternité et vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et qui justifient **être à jour du paiement des cotisations** dues au titre de ces régimes obligatoires. L'adhésion n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Par ailleurs, ces personnes peuvent éventuellement être **associées** et donc titulaires de parts dans la Société Anonyme Coopérative Artisanale à capital variable dénommée Société Coopérative des Artisans Professionnels de l'automobile de l'Indre et Loire – CAPAIL.

En outre, ces personnes doivent être **adhérentes** à l'Association LAFPAC (La Fayette Promotion des Assurances Collectives) et remplir les conditions suivantes.

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 choisies, 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.

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie numérique ou papier, les Statuts, le Règlement Intérieur et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive de la Distribution d'Assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance est transmis aux adhérents.

Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

Le membre participant est informé des modifications survenues exclusivement par voie électronique en cas de : modification du présent Règlement Mutualiste, qui ne peut l'être que par le Conseil d'Administration, et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties.

Nos conseillers mutualistes sont rémunérés par commission pour la distribution des garanties le cas échéant. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance de l'intégralité de la documentation précisée ci-avant.

ARTICLE 2 - FORMALITES D'ADHESION

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 ou la carte mobilité inclusion,

- 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 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,
- de l'attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et de vieillesse concernées justifiant que le membre participant est à jour du versement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles,
- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité

A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

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.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

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, accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2- la vérification de ces pièces justificatives par la Mutuelle,
- 3 - le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et du droit d'entrée à l'association LAFPAC,

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 prescrits 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.

L'adhésion à la garantie est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. 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 – FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A 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 L121-20-11 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 ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

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 ou de l'envoi recommandé électronique, la Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un modèle de rédaction 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 « Mutuelle Renault MADELIN » 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 : Mutuelle Renault – Mobilité Mutuelle – 9, rue de Clamart 92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex.

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

ARTICLE 5 - DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION

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 du membre participant est résiliée de plein droit :

- **à la date à laquelle il perd la qualité de Travailleur Non Salarié et donc n'est plus affilié aux caisses obligatoires maladie-vieillesse d'un régime non salarié non agricole ;**
- **lorsque le membre participant ne peut plus transmettre annuellement l'attestation délivrée par le régime obligatoire prouvant qu'il est à jour de ses cotisations ;**
- **à la date de résiliation du contrat collectif Mutuelle Renault MADELIN souscrit par l'Association LAFPAC (La Fayette Promotion des Assurances Collectives).**

La résiliation à l'initiative de la Mutuelle s'effectue par lettre recommandée.

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Le Membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du Membre participant.

Lorsque le Membre participant a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix Membre participant

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les dispositions du contrat traitant de la résiliation à l'initiative du Membre participant et faisant mention de « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont ainsi remplacées par les modes de communication listé ci-dessus.

2 - Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

3 - Dans le cas où le Membre participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du Membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure. »

- 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.

- en cas de cession des parts de la CAPAIL.

Lors que le membre participant cède ses parts de la Société Coopérative des Artisans Professionnels de l'Automobile de l'Indre et Loire – CAPAIL – la résiliation sera effective le jour de la transcription de la réception de l'ordre de transfert des parts sur un registre coté et paraphé dit « registre des mouvements.

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 :

- Accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- Accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces 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 SANTE

7.1 – Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte 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.

7.2 – Choix et changement de garantie

7.2.1 La gamme se compose de différentes formules :

– quatre formules proposant différents niveaux de garanties croissants :

- Base
- Base + option 1
- Base + option 2
- Base + option 3

7.2.2 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.

Le changement de formule, de module ou d'option, peut intervenir après 12 mois de présence dans la garantie précédemment souscrite et engage le membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient le 1er janvier suivant la demande.

7.3 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, 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 et 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 et être non-salariés et bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus 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 26 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 bénéficiers 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 démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.4 Délais d'attente

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.

Dans tous les cas, pour les contrats solidaires et responsables, la partie ticket modérateur des prestations ne subit pas de carence, de même que les valeurs planchers de certaines garanties telles que définies par la réglementation.

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 Frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 17 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

Les garanties Frais de santé prévues au présent contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions du Contrat Responsable visées à l'article 3. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non remboursés par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par la Mutuelle dans les conditions fixées aux Conditions Particulières.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduit 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 (non signataires du Contrat d'accès aux soins, de l'OPTAM / de l'OPTAM-CO), la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties figurant aux Conditions Particulières. Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

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 1er jour d'hospitalisation,
- ✓ Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- ✓ 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 ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- ✓ Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- ✓ Forfait ambulatoire.

Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières, les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement :**

- les appartements privés ;
- ✓ les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.
- ✓ Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ✓ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.
- ✓ Péridurale.

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,

Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Biologie médicale,

Participation forfaitaire pour les actes coûteux,

Ostéodensitométrie,

Amniocentèse.

Pharmacie :

- ✓ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Vaccins,**
- ✓ **Pilules contraceptives,**
- ✓ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).**

Frais de Transport

Structure mobiles d'urgence et de réanimation :

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Optique :

- ✓ **Classe A :** les équipements inscrits dans cette classe, ainsi que le supplément des verres avec filtre, sont intégralement pris en charge, dans la limite des PLV (Prix Limites de Vente) fixés par la réglementation, tant pour la monture que pour les verres.
- ✓ **Classe B :** les équipements qui ne sont pas inscrits en classe A, sans PLV, mais avec des minimum et maximum de remboursement selon les catégories de verre, et un maximum de remboursement pour la monture. Les maximum de remboursement intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.
- ✓ **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 ou non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.**

- ✓ Les garanties indiquées en optique (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116

- ✓ Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

- ✓ Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il y a alors encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements d'optique médicale autres que 100% santé.
- ✓ *Prise en charge maximale des équipements d'optique médicale composés de verres ou d'une monture autres que 100% santé :*
- ✓ Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.
- ✓ Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optique, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.
- ✓ Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.
- ✓ Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.
- ✓ Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- ✓ Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats, conformément à la circulaire DSS 2019/116 du 29 mai 2019, ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
 - par période de deux ans révolus pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
 - par période d'un an révolu pour les assurés de moins de 16 ans ;
 - par période de six mois révolus pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue (cf. annexe 4).
- ✓ Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- ✓ Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement
- ✓ En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, le remboursement se fera 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 adhérent.
- ✓ Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.
- ✓ Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par le Membre participant concerné. Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- ✓ Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).
- ✓ 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 :

- ✓ Les garanties indiquées dentaire (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus
- ✓ Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie et ce dans le respect de l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.
- ✓ 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. Il est prévu une période de 4 ans relative au renouvellement des audioprothèses depuis le 1/1/2019.
- ✓ 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).
- ✓ Les garanties indiquées pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116 à partir du 1^{er} janvier 2021.
- ✓ A partir de cette dernière date également, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP ;
- ✓ Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire Il y a alors encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements des aides auditives autres que 100% santé.
- ✓ *Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé (Classe 2) :*
- ✓ Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive.
- ✓ Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- ✓ Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.
- ✓ Périodicité de renouvellement des équipements des aides auditives

- ✓ Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la LPP et la classification commune des actes médicaux.
- ✓ S'agissant plus spécifiquement des équipements des aides auditives, ils connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.
- ✓ Les aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé :
- ✓ Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.
- ✓ Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.
- ✓ L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par le Membre participant concerné ;

Maternité et adoption :

- ✓ Maternité : Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais liés à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du Adhérent, déclaré à l'état civil.
- ✓ Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le Adhérent, la même allocation est versée.
- ✓ Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.
- ✓ Seule la naissance d'un enfant du Adhérent (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le Adhérent lui-même.
- ✓

Prévention :

Les actes de prévention sont pris en charge par la Mutuelle au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes :

- ✓ le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- ✓ un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum, un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- ✓ le dépistage de l'hépatite B,
- ✓ le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- ✓ l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- ✓ les vaccins suivants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Médecine alternative :

- ✓ Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

- ✓ Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

Cure thermale :

- ✓ Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) remboursés 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.

A effet du 1er janvier 2020, le membre et ses ayants droit assurés bénéficient du nouveau service de tiers-payant mentionné sur la carte de tiers-payant et, sur présentation de cette dernière, des tarifs, honoraires et services négociés auprès des professionnels de santé partenaires des nouveaux réseaux de soins proposés par l'organisme assureur.

ARTICLE 8 – 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.

La demande sera adressée au président de la Commission Solidarité Mutualiste de la Mutuelle et devra préciser, par écrit, l'objet et le montant de la prise en charge sollicitée. Tous autres documents utiles pourront être demandés pour compléter l'examen du dossier.

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur. Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par membre participant.

La structure des cotisations est une structure « Isolé/Duo/Famille ». Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à la mutuelle des justificatifs visés à l'article 2.

Le montants des cotisations est différent selon que le membre participant est la seule personne couverte ou qu'il affine ses ayants droit, soit :

- Tarif Isolé : le membre participant,
- Tarif Duo : le membre participant avec un seul ayant droit (son conjoint, son partenaire lié par un PACS, son Concubin ou son enfant à charge),
- Tarif Famille : le membre participant et ses ayants droit (son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son Concubin et son ou ses enfants à charge).

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables essentiellement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement et très exceptionnellement par chèque bancaire ou postale.

Elles sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique, selon la périodicité retenue par le membre participant.

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

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 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations (article L221-8 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 - REVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats du règlement Mutuelle Renault MADELIN.

Elles sont modifiées chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat ».**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le Membre participant peut toujours refuser la proposition de la Mutuelle dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par lettre tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L 221-10-3 du Code de la Mutualité** . Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre ou tout autre support durable de l'organisme assureur, la Mutuelle considérera que le Membre participant a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

ARTICLE 13 – DEDUCTION FISCALE DES COTISATIONS

Les présentes garanties sont conformes aux dispositions de la Loi N° 94-126 du 11 février 1994 et à son décret d'application du 5 septembre 1994 concernant la retraite et la prévoyance des entrepreneurs individuels.

La Mutuelle délivre chaque année au membre participant une attestation fiscale justifiant des cotisations qui lui ont été versées au titre des garanties ouvrant droit à déduction fiscale. Pour cela, le membre participant doit être à jour du versement de ses cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et doit adresser, lors de chaque renouvellement de son adhésion, l'attestation délivrée à ce titre par sa caisse (Article L652-4 du Code de la Sécurité Sociale).

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

14.1 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 Mutuelle Renault MADELIN.

14.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement Mutuelle Renault MADELIN, 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.

14.3 – Justificatifs et contrôles

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de la Mutuelle peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par la Mutuelle ou, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de la Mutuelle se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du membre participant. La Mutuelle peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

. 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 suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale)

14.4 – Déchéance de garantie au sinistre

Le Membre participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la mutuelle.

TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 15 - 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 16 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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. 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 par la Mutuelle au membre participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par le membre participant ou ses ayants droit à la Mutuelle en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

ARTICLE 17 – DEMANDES D'INFORMATION - RECLAMATION - MEDIATION

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

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

Mutuelle Renault – Mobilité Mutuelle
Service Relations Clients
9, rue de Clamart
92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex
Téléphone. : 01.46.94.29.00.

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste après la réponse fournie le membre participant, ses ayants-droit 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 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 consommation auprès de la FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

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

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

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums 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 - CONTROLE 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 européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le Membre participant et les bénéficiaires sont informés par Mobilité Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Mobilité Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel du Groupe Malakoff Humanis qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Mobilité Mutuelle ou de ses partenaires ;
- la gestion des avis du Membre participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Mobilité Mutuelle et de ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non re-identification du Membre participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au Membre participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Mobilité Mutuelle ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Mobilité Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Membre participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Mobilité Mutuelle utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du Membre participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du Membre participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Mobilité Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du Membre participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Mobilité Mutuelle et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Mobilité Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Membre participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Mobilité Mutuelle s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le Membre participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Mobilité Mutuelle et des prescriptions légales applicables. Mobilité Mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du Membre participant et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le Membre participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En respect des articles L223-1 à L223-7 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 20.2, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques 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 la Mutuelle au membre participant,
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le membre participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à la Mutuelle.

ANNEXES AU REGLEMENT MUTUALISTE MOBILITE MUTUELLE MADELIN

ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations

	<u>Bénéficiaire Noémie</u>
Dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la base de la Sécurité sociale
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Factures acquittées d'hébergement et de restauration Attestation sur l'honneur ou récapitulatif des frais de transport
Chambre particulière	Facture acquittée
Verres et monture	Facture acquittée + Prescription médicale En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée nominative
Couronne dentaire provisoire	Facture acquittée nominative
Parodontologie	Facture acquittée nominative
Implantologie	Facture acquittée nominative
Orthodontie non prise en charge	Facture acquittée précisant la date des soins
Appareillage	Facture acquittée nominative
Forfait naissance	Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille
Forfait adoption	Certificat définitif d'adoption
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Attestation ou facture de la cure thermale mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine alternative	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro ADEL ou le numéro d'immatriculation FINESS, les dates et le nombre des séances effectuées)
Traitement antitabac	Facture acquittée nominative
Examen de mesure de la densité osseuse	Facture acquittée nominative
Vaccins non remboursés	Facture acquittée nominative
Contraception	Facture acquittée nominative
Pharmacie prescrite et non remboursée	Prescription médicale + Facture acquittée nominative

	<u>Non Bénéficiaire Noémie</u>
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale + Justificatifs ci-dessus

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée

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

ANNEXE 2 : Tableau des prestations

Couverture santé / Garanties par famille d'actes	Regime de Base / 100% santé
Au 1er janvier 2022	(Rbt y compris SS)
Soins courants	
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés signataires DPTM	170% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés non signataires DPTM	150% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux signataires DPTM	170% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux non signataires DPTM	150% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie signataires DPTM	170% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie non signataires DPTM	150% BRSS
Analyses et examens laboratoires	140% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	140% BRSS
Transport médical, accepté par la Sécurité Sociale	145% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
Participation forfaitaire pour les actes couteux	100% FR
Hospitalisation médicale, chirurgicale	
Frais de séjour conventionnés	250% BRSS
Honoraires conventionnés signataires DPTM	250% BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BRSS
Honoraires non conventionnés	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière (y compris et maternité)	35 € par jour
Frais de lit d'accompagnant	20 € par jour
Forfait acte lourd	100% FR
Optique	
CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	Remboursement intégral
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix limite de vente)	30 €
CLASSE B	CLASSE B
Equipement enfant	
2 verres simples	150 €
1 verre simple + 1 verre complexe	307 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	408 €
2 complexes	465 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	566 €
2 verres très complexes	666 €
Equipement adulte	
2 verres simples	74 €
1 verre simple + 1 verre complexe	140 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	282 €
2 verres complexes	207 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	350 €
2 verres très complexes	492 €
Monture (maximum annuel)	100% FR limité à 100€
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	60% BRSS + 130 €
Chirurgie correctrice de l'oeil (par oeil)	130 €
Dentaire	
Soins dentaires	100% BRSS
Frais de soins dentaires prothétiques : Panier 100% santé	Remboursement intégral
Prothèses acceptées par la Sécurité Sociale, tarifs maîtrisés et libres / dans la limite des prix limite de vente pour le panier tarifs maîtrisés	270% BRSS
Prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale (hors implant)	107,5 € par acte
Orthodontie acceptées par la SS	200% BRSS / semestre
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale	96,75 € par acte
Implantologie	Néant
Parodontologie non prise en charge par la SS	Néant
Aides auditives	
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	260 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021) / Panier 100% santé	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021) / Panier tarifs libres	260 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Autres prothèses	
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...) et autres prothèses autres que dentaires et optiques	140% BRSS
Grand appareillage	180% BRSS
Actes de prévention	
Actes de prévention (loi 2004-810 du 13 août 2004)	170% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans signataire DPTM	170% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans non signataire DPTM	150% BRSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris transport et hébergement)	100% BRSS
Forfait naissance ou adoption	250 €
Forfait "Bien-être" (ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés Sécurité Sociale, substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés par la Sécurité Sociale)	100 € /an/bénéficiaire

Couverture santé / Garanties par famille d'actes	Base + option 1 / 100% santé
Au 1er janvier 2022	(Rbt y compris SS)
Soins courants	
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés signataires DPTM	220% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux signataires DPTM	220% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie signataires DPTM	220% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie non signataires DPTM	200% BRSS
Analyses et examens laboratoires	200% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	200% BRSS
Transport médical, accepté par la Sécurité Sociale	165% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
Participation forfaitaire pour les actes couteux	100% FR
Hospitalisation médicale, chirurgicale	
Frais de séjour conventionnés	300% BRSS
Honoraires conventionnés signataires DPTM	300% BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BRSS
Honoraires non conventionnés	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière (y compris et maternité)	50 € par jour
Frais de lit d'accompagnant	25 € par jour
Forfait acte lourd	100% FR
Optique	
CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	Remboursement intégral
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix limite de vente)	30 €
CLASSE B	CLASSE B
Equipement enfant	
2 verres simples	210 €
1 verre simple + 1 verre complexe	370 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	490 €
2 complexes	560 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	650 €
2 verres très complexes	700 €
Equipement adulte	
2 verres simples	150 €
1 verre simple + 1 verre complexe	280 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	450 €
2 verres complexes	400 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	550 €
2 verres très complexes	700 €
Monture (maximum annuel)	100% FR limité à 100€
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	60% BRSS + 160 €
Chirurgie correctrice de l'oeil (par oeil)	180 €
Dentaire	
Soins dentaires	170% BRSS
Frais de soins dentaires prothétiques : Panier 100% santé	Remboursement intégral
Prothèses acceptées par la Sécurité Sociale, tarifs maîtrisés et libres / dans la limite des prix limite de vente pour le panier tarifs maîtrisés	320% BRSS
Prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale (hors implant)	215 € par acte
Orthodontie acceptées par la SS	300% BRSS/ semestre
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale	290,25 € par acte
Implantologie	300 €/implant/ limité à 2 par an
Parodontologie non prise en charge par la SS	100 €/an
Aides auditives	
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	260 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021) / Panier 100% santé	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021) / Panier tarifs libres	260 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Autres prothèses	
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...) et autres prothèses autres que dentaires et optiques	200% BRSS
Grand appareillage	200% BRSS
Actes de prévention	
Actes de prévention (loi 2004-810 du 13 août 2004)	170% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans signataire DPTM	170% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans non signataire DPTM	150% BRSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris transport et hébergement)	150% BRSS
Forfait naissance ou adoption	300 €
Forfait "Bien-être" (ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés Sécurité Sociale, substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés par la Sécurité Sociale)	120 € /an/bénéficiaire

Couverture santé / Garanties par famille d'actes	Base + Option 2 / 100% santé
Au 1er janvier 2022	(Rbt y compris SS)
Soins courants	
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés signataires DPTM	320% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux signataires DPTM	320% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie signataires DPTM	320% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie non signataires DPTM	200% BRSS
Analyses et examens laboratoires	310% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	310% BRSS
Transport médical, accepté par la Sécurité Sociale	165% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
Participation forfaitaire pour les actes couteux	100% FR
Hospitalisation médicale, chirurgicale	
Frais de séjour conventionnés	500% BRSS
Honoraires conventionnés signataires DPTM	500% BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BRSS
Honoraires non conventionnés	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière (y compris et maternité)	100 € par jour
Frais de lit d'accompagnant	50 € par jour
Forfait acte lourd	100% FR
Optique	
CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	Remboursement intégral
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix limite de vente)	30 €
CLASSE B	CLASSE B
Equipement enfant	
2 verres simples	260 €
1 verre simple + 1 verre complexe	460 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	510 €
2 complexes	600 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	650 €
2 verres très complexes	700 €
Equipement adulte	
2 verres simples	240 €
1 verre simple + 1 verre complexe	400 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	510 €
2 verres complexes	600 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	650 €
2 verres très complexes	700 €
Monture (maximum annuel)	100% FR limité à 100€
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	60% BRSS + 320 €
Chirurgie correctrice de l'oeil (par oeil)	400 €
Dentaire	
Soins dentaires	320% BRSS
Frais de soins dentaires prothétiques : Panier 100% santé	Remboursement intégral
Prothèses acceptées par la Sécurité Sociale, tarifs maîtrisés et libres / dans la limite des prix limite de vente pour le panier tarifs maîtrisés	470% BRSS
Prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale (hors implant)	376,25 € par acte
Orthodontie acceptées par la SS	400% BRSS / semestre
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale	580,5 € par acte
Implantologie	600 €/implant/ limité à 2 par an
Parodontologie non prise en charge par la SS	200 € /an
Aides auditives	
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	360 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021) / Panier 100% santé	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021) / Panier tarifs libres	360 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Autres prothèses	
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...) et autres prothèses autres que dentaires et optiques	310% BRSS
Grand appareillage	350% BRSS
Actes de prévention	
Actes de prévention (loi 2004-810 du 13 août 2004)	320% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans signataire DPTM	320% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans non signataire DPTM	170% BRSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris transport et hébergement)	170% BRSS
Forfait naissance ou adoption	350 €
Forfait "Bien-être" (ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés Sécurité Sociale, substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés par la Sécurité Sociale)	160 € /an/bénéficiaire

Couverture santé / Garanties par famille d'actes	Base + Option 3 / 100% santé
Au 1er janvier 2022	(Rbt y compris SS)
Soins courants	
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés signataires DPTM	370% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux signataires DPTM	370% BRSS
Honoraires - Actes techniques médicaux non signataires DPTM	200% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie signataires DPTM	370% BRSS
Honoraires - Radiologie et actes d'imagerie non signataires DPTM	200% BRSS
Analyses et examens laboratoires	360% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	360% BRSS
Transport médical, accepté par la Sécurité Sociale	165% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% FR
Hospitalisation médicale, chirurgicale	
Frais de séjour conventionnés	600% BRSS
Honoraires conventionnés signataires DPTM	600% BRSS
Honoraires conventionnés non signataires DPTM	200% BRSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BRSS
Honoraires non conventionnés	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière (y compris et maternité)	130 € par jour
Frais de lit d'accompagnant	80 € par jour
Forfait acte lourd	100% FR
Optique	
CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	Remboursement intégral
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix limite de vente)	30 €
CLASSE B	CLASSE B
Equipement enfant	
2 verres simples	320 €
1 verre simple + 1 verre complexe	460 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	510 €
2 complexes	600 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	650 €
2 verres très complexes	700 €
Equipement adulte	
2 verres simples	320 €
1 verre simple + 1 verre complexe	460 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	510 €
2 verres complexes	600 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	650 €
2 verres très complexes	700 €
Monture (maximum annuel)	100% FR limité à 100€
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	60% BRSS + 320 €
Chirurgie correctrice de l'oeil (par oeil)	400 €
Dentaire	
Soins dentaires	370%BRSS
Frais de soins dentaires prothétiques : Panier 100% santé	Remboursement intégral
Prothèses acceptées par la Sécurité Sociale, tarifs maîtrisés et libres / dans la limite des prix limite de vente pour le panier tarifs maîtrisés	520% BRSS
Prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale (hors implant)	430 € par acte
Orthodontie acceptées par la SS	550% BRSS / semestre
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale	774 € par acte
Implantologie	800 €/implant/ limité à 2 par an
Parodontologie non prise en charge par la SS	300 € /an
Aides auditives	
Prothèses auditives	360% BRSS
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	360 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021) / Panier 100% santé	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021) / Panier tarifs libres	360 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Autres prothèses	
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...) et autres prothèses autres que dentaires et optiques	360% BRSS
Grand appareillage	400% BRSS
Actes de prévention	
Actes de prévention (loi 2004-810 du 13 août 2004)	370% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans signataire DPTM	370% BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans non signataire DPTM	170% BRSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris transport et hébergement)	200% BRSS
Forfait naissance ou adoption	400 €
Forfait "Bien-être" (ostéopathie, chiropractie, éthiopathe, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés Sécurité Sociale, substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés par la Sécurité Sociale)	180 € /an/bénéficiaire

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

TM : Ticket Modérateur / BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / FR : Frais Réels

PRECISION POUR POSTE OPTIQUE

Concernant l'optique, la période est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les bénéficiaires de 16 ans et plus sauf changement de correction de 0,5 dioptrie

Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans pour les bénéficiaires de - 16 ans sauf changement de correction de 0,5 dioptrie

Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

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

Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative au contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116

MOBILITE MUTUELLE ASSISTANCE

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION – REF : 753946 / ACTIFS

SOMMAIRE

OBJET DE L'ASSISTANCE
DÉFINITIONS
MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES
LES GARANTIES PROPOSÉES
DESCRIPTION DES GARANTIES
CADRE JURIDIQUE

Objet de l'assistance

La convention d'assistance se propose d'apporter une aide à l'assuré du contrat collectif de santé conclu auprès de Mobilité Mutuelle.

Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Etat de perte d'autonomie

L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque l'Ascendant est classé dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :

	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie.
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Ces définitions pourront être revues si cette grille venait à être modifiée.

L'Etat de perte d'autonomie de l'Aidé doit être consolidé et permanent. Il est reconnu par le médecin traitant qui délivre une attestation de perte d'autonomie.

Etat d'invalidité

L'état d'Invalidité est reconnu à l'Ascendant, lorsqu'il est classé en invalidité de 3ème catégorie, au sens du Code de la Sécurité sociale, c'est à dire en cas d'altération substantielle, durable ou définitive d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique, rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle et rendant obligatoire le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Ascendant dépendant

La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- Etre le père ou la mère de l'Assuré (par filiation au sens de la législation française) ;
- Etre atteint d'une dépendance médicalement constatée :
 - Soit en état d'invalidité : voir ci-dessus.
 - Soit en état de perte d'autonomie : voir ci-dessus.

La dépendance doit être consolidée.

Assisteur

AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Adhérent

La personne physique âgée de moins de 61 ans assurée par Mobilité Mutuelle et adhérent au Contrat collectif d'assistance.

Bénéficiaires

- L'Adhérent salarié,
- Les ayants droit de l'adhérent salarié inscrit au contrat collectif.

Domicile

Lieu de domiciliation de l'Adhérent en

- France métropolitaine,
- Principauté de Monaco,
- Outre Mer (Martinique, Guyane, et Guadeloupe).

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance liant Mobilité Mutuelle et Auxia Assistance et tant que la société cliente en bénéficie.

Enfants

Les enfants de l'Adhérent, qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en œuvre des garanties, et qui sont fiscalement à la charge de l'Adhérent.

Hospitalisation

- **Hospitalisation imprévue**

Tout séjour imprévu, prescrit en urgence par un médecin. Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de soins privé ou public. Elle est consécutive à un accident ou à une maladie.

- **Hospitalisation programmée**

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile prescrit en dehors d'une situation d'urgence pour le traitement d'une affection ou dans le cadre d'un traitement en cours (maladie/soins chroniques/chimiothérapie/radiologie).

Immobilisation au domicile

Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du bénéficiaire de se déplacer.

Outre-Mer

Les Outre-Mer au titre de ce contrat sont uniquement la Martinique, la Guyane, la Guadeloupe.

Souscripteur du contrat collectif

Mobilité Mutuelle : Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 722 655

Dont le siège social est à BOULOGNE BILLANCOURT (92772), 9 Rue de CLAMART.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine, en Principauté de Monaco ou dans les Départements d'Outre-Mer. Quand une prestation implique le déplacement d'une personne, le domicile du Bénéficiaire et le domicile de l'autre personne doivent être situés sur le même territoire.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train (billet de 1^{ère} classe) pour les trajets durant moins de 5 heures ou par avion en classe économique pour les trajets durant au moins 5 heures.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 30 jours maximum suivant l'évènement par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au : 0 986 860 374, en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée : 753 946
- L'identité de l'Adhérent et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),
- l'identité du Bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).
- Le nom du contrat : **Mobilité Mutuelle Assistance** .

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 30 jours entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus

à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

LES GARANTIES PROPOSÉES

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires

- **Dès l'adhésion**
 - Les informations sur la santé
 - Les informations sociales et administratives
 - Recherche d'un médecin
 - Recherche et envoi d'une infirmière
 - Recherche d'intervenants médicaux

- **En cas d'immobilisation au domicile du Bénéficiaire**
 - Livraison des médicaments

- **En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ou ou d'hospitalisation supérieure à deux jours consécutifs de l'Adhérent ou de son Conjoint**
 - La venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire
 - Et/ou une aide ménagère
 - Et/ou la prise en charge des enfants
 - Et/ou la prise en charge des ascendants
 - Et/ou la garde des animaux domestiques familiaux

- **En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint**
 - Transport en ambulance

- **En cas de traitement oncologique de l'adhérent, de son conjoint, ou de leurs enfants**
 - Aide ménagère
 - ou Prise en charge des enfants

- **En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint**
 - Aide ménagère
 - ou Prise en charge des enfants

- **En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 14 jours consécutifs de l'enfant de moins de 16 ans**
 - Soutien scolaire à domicile

- **En cas d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs de l'enfant de moins de 12 ans**
 - Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans
 - Et/ou venue d'un proche

- **En cas de décès**
 - Aide aux tâches ménagères
 - Et/ou prise en charge des enfants de moins de 16 ans
 - Et/ou prise en charge des ascendants

- **Et/ou garde des animaux domestiques familiaux.**

DESCRIPTION DES GARANTIES

➤ Dès l'adhésion et en toutes circonstances

- **Les informations sur la santé**

AUXIA ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service de renseignements téléphoniques pour obtenir des informations :

- Sur les maladies liées à l'âge, les addictions, sur les différentes associations de malades,
- Sur les différentes pathologies et leurs conséquences ; les maladies neurodégénératives, les pathologies ostéo-articulaires, les maladies cardiovasculaires, les ALD,
- Sur la nutrition : comment bien se nourrir, les compléments alimentaires, le BIO, les régimes en fonction de l'âge et des pathologies. AUXIA ASSISTANCE fournit sur demande les coordonnées de nutritionnistes proches du domicile.

Ces informations ne constituent pas une préconisation de régime alimentaire. La communication des coordonnées de nutritionnistes ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun nutritionniste, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

- **Les informations sociales et administratives**

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, l'Assisteur écoute, informe sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente, si besoin, le Bénéficiaire vers les organismes qualifiés. Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap.

- **Recherche d'un médecin**

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du Bénéficiaire, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin. Le coût de l'éventuelle consultation demeure entièrement à la charge du Bénéficiaire. L'Assisteur n'assure pas le transport du Bénéficiaire vers le cabinet médical (ou vers l'hôpital), ni son retour à son Domicile (ou dans tout autre lieu).

- **Recherche et envoi d'une infirmière**

L'Assisteur peut, **sur prescription médicale**, aider le Bénéficiaire à rechercher une infirmière pouvant se rendre au Domicile du Bénéficiaire. Le coût occasionné par les actes de l'infirmière n'est pas pris en charge par l'Assisteur. Le transport de l'infirmière jusqu'au Domicile du Bénéficiaire reste à la charge du Bénéficiaire.

- **Recherche d'intervenants médicaux**

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux. Le coût de l'intervention de ces intervenants, et le transport de ceux-ci jusqu'au Domicile du Bénéficiaire ne sont pas à la charge de l'Assisteur.

- **En cas d'immobilisation au domicile du Bénéficiaire**

- **Livraison de médicaments**

Si le Bénéficiaire est dans l'incapacité temporaire de se déplacer (notamment à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine), Auxia Assistance organise et prend en charge le transport des médicaments prescrits par le médecin traitant du Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

Auxia Assistance n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

Les médicaments ne sont livrés ni le dimanche, ni les jours fériés, ni de 19h à 8h.

La distance à parcourir (aller et retour) entre le Domicile du Bénéficiaire et la pharmacie ne doit pas dépasser 30 kilomètres.

La cause de l'incapacité temporaire de déplacement doit être médicalement constatée pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

- **En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ou ou d'hospitalisation supérieure à deux jours consécutifs de l'Adhérent ou de son Conjoint**

- **La venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire**

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire, à compter du premier jour du fait générateur et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

- **Une aide ménagère**

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du 1^{er} jour du fait générateur.

- **La prise en charge des enfants**

La venue d'un proche

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

La garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 15 heures, réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- **La prise en charge des ascendants**

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de ce dernier.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche désigné ne peut s'occuper du parent concerné, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- **La garde des animaux domestiques familiers**

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter », le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

AUXIA ASSISTANCE évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie peut être demandée au maximum 1 fois par an.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition pour le «pet sitter» des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1^{ere} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

➤ **En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint**

- **Transport en ambulance**

Hors urgence médicale, AUXIA ASSISTANCE organise, sur prescription médicale, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son Domicile et un établissement de soins de son choix.

Si son état de santé le nécessite, AUXIA ASSISTANCE organise son retour au Domicile par l'un de ces moyens.

Le nombre de transports en ambulance est limité à 2 aller/retour par évènement.

L'établissement de soins doit être situé au maximum à 50 kilomètres du Domicile du Bénéficiaire.

➤ **En cas de traitement oncologique de l'adhérent, de son conjoint, ou de leurs enfants**

- **Une aide ménagère**

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant la durée du protocole médical.

- **La prise en charge des enfants**

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile.

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant la durée du protocole médical.

➤ En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours consécutifs pour une maternité

▪ Aide ménagère au domicile

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation. .

▪ Prise en charge des enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant un mois à partir du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

➤ **En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 14 jours consécutifs de l'enfant de moins de 16 ans**

- **Soutien scolaire à domicile**

Si votre Enfant est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 14 jours consécutifs et s'il ne peut assister aux cours (primaire ou secondaire) à distance, l'Assisteur prend en charge un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique.

Ce soutien consiste en des cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile de l'assuré.

Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'Enfant le programme à étudier.

Cette garantie est accordée pendant l'année scolaire en cours. Elle cesse dès que l'Enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire.

Chaque intervention est d'une durée minimale d'une heure et maximale de 3 heures par jour ouvrable, à raison de 15 heures par semaine, hors vacances scolaires.

➤ **En cas d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs de l'enfant de moins de 12 ans**

- **Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans**

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge ces enfants, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour les garder à domicile

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

- **Venue d'un proche**

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

➤ **En cas de décès**

- **Aide ménagère**

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du décès. .

- **Et/ou prise en charge des enfants de moins de 16 ans**

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile.

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois à partir du décès.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant un mois à partir du décès.

- **Et/ou prise en charge des ascendants**

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de ce dernier.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant, afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche désigné ne peut s'occuper du parent concerné, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures réparties sur un mois à compter du décès.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- **Garde des animaux domestiques familiaux**

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter », le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

AUXIA ASSISTANCE évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie peut être demandée au maximum 1 fois par an.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition pour le «pet sitter» des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiaux,
- les animaux domestiques sont les animaux familiaux (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1ere et 2e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

✓ Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.

✓ Pour les garanties concernant la recherche de professionnels :

Dans tous les cas, l'Assisteur prend en compte le critère de la proximité du professionnel par rapport au Domicile, pour proposer des coordonnées.

L'Assisteur n'est pas responsable de la qualité du travail réalisé par les professionnels dont les coordonnées ont été communiquées.

Le Bénéficiaire reste libre de contacter le professionnel de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par l'Assisteur ou tout autre professionnel.

✓ **Pour les prestations concernant les Enfants :**

La personne missionnée au domicile de l'Enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.

✓ **Certaines garanties de cette notice prévoient la communication d'informations au Bénéficiaire. Nous attirons votre attention sur les garanties visant à fournir des informations :**

- **Toutes les questions du Bénéficiaire devront concerner le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit.**

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Selon le cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches. Dans ce cas, le Bénéficiaire sera rappelé pour que les informations nécessaires lui soient communiquées.

Les informations fournies dans le cadre de ces garanties sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée quant à l'interprétation des informations transmises, ou aux conséquences éventuelles de cette interprétation (notamment, l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.)

En particulier :

- **Les informations à caractère médical ne pourront pas être considérées comme des consultations médicales.**
- **Aucune information communiquée ne pourra être assimilée à une consultation juridique.**

L'Assisteur ne communiquera aucune confirmation écrite des informations données.

LE CADRE JURIDIQUE

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'au premier des termes suivants :

- **La date à laquelle l'Adhérent quitte les effectifs assurés de l'entreprise employeur,**
- **La date à laquelle le contrat collectif souscrit par l'employeur de l'Adhérent prend fin pour quelque raison que ce soit.**

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du Bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

○ Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE

• Dommage professionnel ou commercial

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

• Circonstances exceptionnelles

AUXIA ASSISTANCE ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de grève, émeute, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation, sabotage, et tout autre cas fortuit ou de force majeure.

○ Limitations de garantie

• Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance d'AUXIA ASSISTANCE.

AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

-
- Subrogation

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

- Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteur pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

❖ Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- **Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,**
- **Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,**
- **Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,**
- **Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),**
- **Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,**
- **La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,**
- **La tentative de suicide du Bénéficiaire,**

- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

❖ Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre (article L113-8 du Code des assurances). Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

❖ Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

❖ Loi Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Bénéficiaires sont informés par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Bénéficiaires ;

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des Bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Bénéficiaires sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

❖ Règlement des litiges

Le service Réclamation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à :

AUXIA ASSISTANCE

Service réclamation

TSA 10001

78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Le dispositif de médiation

Lorsque aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assisteur, vous pouvez vous adresser au médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris cedex 09 ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'Assisteur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

<u>Résumé des garanties</u>	
PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
Service téléphonique d'informations sur la santé	Informations médicales de la vie courante
Informations sociales et administratives	Ecoute, information sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente si besoin les bénéficiaires vers les organismes qualifiés
Recherche d'un médecin	Aide le bénéficiaire à rechercher un médecin
Recherche et envoi d'une infirmière	Sur prescription médicale, aide le bénéficiaire à rechercher une infirmière à son domicile
Recherche d'intervenants médicaux	Assiste les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants paramédicaux
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Livraison de médicaments	En cas d'incapacité temporaire à se déplacer du bénéficiaire, prise en charge de la recherche et de l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin traitant.

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 (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
La venue d'un proche au chevet du bénéficiaire	Organisation et prise en charge du transport A/R d'un proche du bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour d'hospitalisation et, si besoin, de son hébergement, dans la limite de 2 nuits, à concurrence de 92€ TTC au total, PDJ inclus.
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 sur une période d'un mois à partir du 1er jour d'hospitalisation
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 15h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
La garde à domicile par un auxiliaire de vie	Organisation et missionnement d'un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant, dans la limite de 30h00, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation
Le transfert chez un proche	Prise en charge du déplacement A/R des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.
La venue d'un proche	Prise en charge du déplacement A/R en France Métropolitaine d'un proche, désigné par le bénéficiaire, susceptible de s'occuper de l'ascendant au domicile.
Garde des animaux domestiques familiaux (chiens et chats uniquement)	Organisation et prise en charge de la garde des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 30 jours à partir de la date de l'évènement.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Transport en ambulance	Sur prescription médicale, organisation du transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 réparties pendant la durée du protocole médical.
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties pendant la durée du protocole médical.

Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées pendant la durée du protocole médical.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR A 8 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 sur une période d'un mois à partir du 1er jour d'hospitalisation
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.
Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées réparties sur une période de 1 mois à partir du jour de l'hospitalisation.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURES A 14 JOURS DE L'ENFANT AGÉ DE MOINS DE 16 ANS, DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Soutien scolaire à domicile	Prise en charge d'un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique de l'enfant, jusqu'à ce qu'il puisse reprendre l'école. Chaque intervention est d'une durée maximale de 3h00 par jour ouvrable, à raison de 15h00 par semaine, hors vacances scolaires. Elle cesse dès que l'enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE A 2 JOURS DE L'ENFANT AGÉ DE MOINS DE 12 ANS, DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
GARDE OU TRANSFERT DES FRERES ET SŒURS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir du 1er jour d'immobilisation.
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 réparties sur 1 mois à partir de la date du décès.
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.

Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées réparties sur une période de 1 mois à partir du jour de l'hospitalisation.
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
La venue d'un proche	Prise en charge du déplacement A/R en France Métropolitaine d'un proche, désigné par le bénéficiaire, susceptible de s'occuper de l'ascendant au domicile.
Le transfert chez un proche	Prise en charge du déplacement A/R des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.
La garde à domicile par un auxiliaire de vie	Organisation et missionnement d'un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant, dans la limite de 30h00, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation
Garde des animaux domestiques familiers (chiens et chats uniquement)	Organisation et prise en charge de la garde des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 30 jours à partir de la date de l'évènement.

mobilitemutuelle.fr

Mobilité Mutuelle est la marque commerciale de Mutuelle Renault - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 775 722 655 - siège social : 9 rue de Clamart 92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex.