

## **PRÉAMBULE**

la présente convention collective à adhésion facultative a été souscrite par ECA-Assurances, entreprise de courtage enregistrée à Paris sous le numéro RCS 402 430 276, siège social, 53 rue La Fayette 75009 Paris, auprès de la SMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, siège 2 rue de Laborde 75008 Paris, inscrite au registre National des Mutuelles sous le numéro 784 669 954, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur et du code de la mutualité, le tout formant un ensemble indissociable. SMI délègue à ECA-Assurances la gestion des adhésions.

## **SOMMAIRE**

### *1<sup>ère</sup> Partie*

<b>LES TEXTES DE LOI</b> .....	<b>2</b>
<b>Article 1 – Nature du contrat</b> .....	<b>2</b>
<b>Article 2 – Définition du groupe bénéficiaire</b> .....	<b>2</b>
<b>Article 3 – Attribution des garanties</b> .....	<b>2</b>
<b>Article 4 – Nature et étendue des garanties</b> .....	<b>2</b>
<b>Article 5 – Etendue territoriale</b> .....	<b>3</b>
<b>Article 6 – Prestations garanties</b> .....	<b>3</b>
<b>Article 7 – Versement des prestations</b> .....	<b>3</b>
<b>Article 8 – Ouverture des droits</b> .....	<b>3</b>
<b>Article 9 – Radiation</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 10 – Modalités de résiliation</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 11 - Cotisations</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 12 – Affiliation à la mutuelle</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 13 – Modalités d'affiliation</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 14 – Modalités de rétractation</b> .....	<b>4</b>
<b>Article 15 – Détermination des cotisations</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 16 – Révisions des cotisations</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 17 – Défaut de paiement des cotisations</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 18 – Prestations</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 19 – Risques exclus</b> .....	<b>6</b>
<b>Article 20 – Droits aux prestations</b> .....	<b>6</b>
<b>Article 21 – Forclusion</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 22 – Prescription</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 23 – Contestation</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 24 – Déchéance du membre participant</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 25 – Autorité de contrôle</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 26 – Subrogation</b> .....	<b>7</b>

### *2<sup>ème</sup> Partie*

<b>TABLEAU DES GARANTIES ECA-Locostia</b> .....	<b>8</b>
---	----------

1<sup>ère</sup> Partie  
LES TEXTES DE LOI

**Article 1 - NATURE DU CONTRAT**

Le présent contrat détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle SMI assure des garanties médico-chirurgicales.

Le contrat d'assurance est à adhésion individuelle et garantit l'ensemble des bénéficiaires définis à l'Article 2.

**Article 2 - DEFINITION DU GROUPE BENEFICIAIRE**

L'adhésion au présent contrat est ouverte à toute personne âgée de 20 à 65 ans au jour de l'adhésion.

**Par bénéficiaire, il faut entendre :**

- L'Adhérent Individuel affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale. Il acquiert la qualité de membre participant ;
- Le conjoint à charge de l'Adhérent, au sens Sécurité Sociale ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité Sociale ; ou à défaut, son concubin ou partenaire lié par un PACS (sur présentation d'une copie du pacte) ;
- Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint ou concubin, célibataires, salariés ou à charge jusqu'à 18 ans ou 26 ans si étudiants sur présentation d'un justificatif annuel.

**Article 3 - ATTRIBUTION DES GARANTIES**

Les prestations, prévues à l'Article 6 ci-dessous, seront servies sous réserve que les titulaires de la garantie soient à jour de leurs cotisations à la date de prescription des soins.

**Article 4 - NATURE ET ÉTENDUE DES GARANTIES**

La nature et l'étendue des garanties du présent contrat sont précisées en annexes **et s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du présent contrat.**

**Compte tenu de la réforme en cours de l'assurance maladie et de l'entrée en vigueur progressive de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), l'expression, les règles d'application et les modes de liquidation des garanties seront adaptées par la SMI au plus tôt, à la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement (CCAM) nouvelles, de telles sortes que les garanties et remboursement exprimés en fonction des anciennes règles et nomenclatures restent les mêmes (dans la mesure du possible) sous l'empire des nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) et que l'incidence de ces nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) soit neutralisée à l'égard des parties et des bénéficiaires (sous réserve des articles 18 et 19 de la présente notice).**

Cependant, si les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînent une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, **le souscripteur et la SMI s'engagent à réviser la nature et l'étendue des garanties à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles. Toute révision des garanties fait l'objet d'un avenant signé entre le souscripteur et la Mutuelle SMI.**

**En cas de désaccord entre les parties sur la signature d'un avenant, les remboursements demeurent identiques (sous réserve des articles 18 et 19 de la présente notice) en valeurs absolues à ceux appliqués avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter en valeurs absolues les remboursements de la Mutuelle SMI.**

**Les membres participants sont informés des adaptations ou des modifications des garanties par la remise, par le souscripteur, d'une notice d'information établie par la Mutuelle SMI.**

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE ECA- Locostia Valant Notice d'information

### Article 5 - ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie du contrat s'exerce en France (Départements et Territoires d'Outre-mer compris).

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

### Article 6 - PRESTATIONS GARANTIES (Voir tableau des prestations en annexe)

**Une franchise de 50 euros par année d'adhésion et par bénéficiaire sera appliquée, sauf sur les actes visés par l'article R 871 -2 du Code de la Sécurité Sociale.**

Les forfaits DENTAIRE et OPTIQUE sont alloués tous les 2 ans avec une période minimum de 12 mois d'adhésion entre le versement de 2 forfaits.

Ceux-ci doivent être utilisés dans l'année d'adhésion et ne peuvent être reportés en cas d'utilisation partielle ou de non utilisation.

Le cumul des actes visés par cette franchise sera mentionné sur chaque relevé de prestations, jusqu'à concurrence des 50 euros.

### Article 7 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations, prévues au contrat, seront versées par virement ou par chèque, directement aux membres participants ou à une tierce personne désignée sur la demande d'adhésion au contrat SMI.

La mise en place est automatique pour tous les salariés et leurs ayants-droit fournissant la copie de leur attestation Vitale (en cours de validité), sauf :

- en cas de refus de l'assuré notifié par courrier ;
- si la gestion NOEMIE fonctionne auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du salarié).

### Article 8 - OUVERTURE DES DROITS

Les délais de carence sont fixés à :

- 12 mois pour le forfait Optique ;
- 12 mois pour le forfait dentaire.

Sauf pour :

**Les ayants-droit**, âgés de moins de 65 ans, produisant à l'appui de leur bulletin d'adhésion un certificat de radiation émanant de leur précédent organisme complémentaire, sous réserve que l'adhésion débute dès le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la radiation et que les droits de l'adhérent principal soient déjà ouverts.

**Les nouveau-nés** inscrits au 1<sup>er</sup> jour du mois de leur naissance dans la mesure où l'inscription est demandée dans les 3 mois qui suivent la naissance et que les droits du salarié de l'entreprise sont déjà ouverts.

#### **Remarques :**

- a. La validité du certificat de radiation est fixée à 3 mois à compter de la date de démission du précédent organisme assureur.
  - b. Les droits aux remboursements des enfants nouveau-nés inscrits dans les conditions ci-dessus, sont ouverts dès le 1<sup>er</sup> jour de la naissance. La modification [éventuelle] de cotisation ne sera effective qu'à effet du mois suivant, pour les enfants nés entre le 15 et la fin du mois.
  - c. En aucun cas, l'affiliation d'un bénéficiaire ne pourra être enregistrée avec effet rétroactif.
- A défaut, les délais de carence statutaires** seront appliqués.

**Article 9 - RADIATION**

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an. Le membre participant peut toutefois demander sa radiation de la garantie ou celle de ses ayants-droit, au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception avant le 1er novembre, sous réserve d'être à jour de ses cotisations.

Toutefois, en cas de démission pour quel que motif que ce soit, le membre participant ne pourra prétendre à nouveau au bénéfice des garanties du présent régime qu'après une interruption de **12 mois continus**. Les cotisations restent néanmoins dues pour la totalité de l'exercice.

L'adhésion peut également prendre fin sur l'initiative du membre participant, au plus tôt, le dernier jour d'un trimestre civil dans le cas où devenu salarié d'une entreprise, il bénéficierait d'un contrat de groupe à adhésion obligatoire souscrit par son nouvel employeur (sur présentation d'un justificatif).

La radiation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties tant pour le titulaire du contrat que pour ses ayants-droit, à la date de résiliation.

**Article 10 - MODALITES DE RESILIATION**

- **A la demande du membre participant.** Par lettre recommandée adressée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, son affiliation pourra être résiliée. Il peut également dénoncer son affiliation en raison des modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de la remise par le souscripteur de la notice l'en informant.
- **A l'initiative de ECA-Assurances.** Le présent contrat pourra être résilié, en cas de non paiement de la cotisation par le souscripteur.

**Article 11 - COTISATIONS**

Les cotisations sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance.

Elles font obligatoirement l'objet d'un prélèvement automatique bancaire à chacune des échéances précitées. A défaut de paiement des cotisations et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans les 15 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 30 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le titulaire de la garantie est radié d'office et le contrat résilié automatiquement, sans pour autant libérer le souscripteur des cotisations dues.

**Article 12 - AFFILIATION A LA MUTUELLE**

Le souscripteur acquiert la qualité de membre honoraire, et les personnes physiques, la qualité de membre participant.

La signature des conditions particulières par le souscripteur emporte acceptation des conditions générales qui y sont liées. Le membre participant adhère au présent contrat collectif groupe ouvert par la signature d'un bulletin d'affiliation.

**Article 13 - MODALITES D'AFFILIATION**

L'affiliation prend effet, au plus tôt, au 1er jour du mois, qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation.

A l'issue de la première année d'adhésion, le contrat se renouvelle annuellement par tacite reconduction, le 1<sup>er</sup> janvier.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant rectification des informations détenues, sur simple demande à la ECA Assurances.

**Article 14 - MODALITES DE RETRACTATION**

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

**- Vente à distance :**

Dans ce cadre, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée au gestionnaire. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

- **Dans tous les autres cas**, le bénéficiaire dispose d'un délai de 7 jours.

**En cas de renonciation :**

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à ECA-Assurances ou à son délégataire, les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, ECA-Assurances les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

**Article 15 - DETERMINATION DES COTISATIONS**

**Elles sont déterminées en fonction notamment des garanties souscrites, elles-mêmes déterminées compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du présent contrat.**

**En cas de modification de ces dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées conformément à l'article 16 de la présente notice.**

**Article 16 - REVISIONS DES COTISATIONS**

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle, à hauteur de 2 %. Elles peuvent être également réévaluées en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le souscripteur et ECA-Assurances s'engagent à réviser les cotisations à compter, au plus-tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

En cas de signature d'un avenant révisant les cotisations, les membres participants en sont informés par le Souscripteur. Tout membre participant peut, dans un délai d'un mois, à compter de la remise de l'information, résilier son affiliation en raison de ces modifications, conformément à l'article 10 de la présente notice.

**Article 17 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

ECA-Assurances peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le conseil d'administration.

**Article 18 - PRESTATIONS**

**Les prestations accordées au titre du présent contrat viennent en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires entraîne l'absence de remboursement de la SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue aux conditions particulières du contrat.**

**Les prestations accordées au titre du présent contrat prennent en charge, dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application, les prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale.**

**Dans l'hypothèse où certaines dispositions du présent contrat se révéleraient en contradiction avec la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, elles doivent être considérées comme réputées non écrites à la date d'effet de ladite définition. Lorsque cela sera possible, les garanties seront adaptées en fonction de la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.**

**Article 19 - RISQUES EXCLUS**

**19-1 – Les garanties du présent contrat ne couvrent pas conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application :**

- la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants droit.
- conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et selon les conditions fixées par les textes pris pour son application :
  - a) la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
  - b) les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
  - c) les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
  - d) tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

**19-2 – A moins de faire l'objet d'un remboursement du régime obligatoire, les frais résultant :**

- du fait intentionnel du bénéficiaire,
- d'une cause non liée directement par une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse,
- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie,
- du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en Etablissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques,
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

n'ouvriront droit à remboursement de la part de ECA-Assurances que pour **les garanties entrant dans le cadre des contrats dits « responsables » fixé par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.**

**19-3 - En toute hypothèse**, et conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, le contrat prend en charge :

- au moins **30 % du tarif opposable** des consultations du **médecin traitant** ;
- au moins **30 % du tarif servant de base** au calcul des prestations d'assurance maladie pour certains **médicaments** prescrits par le médecin traitant ;
- au moins **35 % du tarif de remboursement** par l'assurance maladie des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ;
- la **totalité du ticket modérateur** sur les prestations de prévention.

**Article 20 - DROITS AUX PRESTATIONS**

**20-1 – Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle figurant sur le décompte.**

**20-2 – Aucune prestation ne sera servie ni après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies. Il en sera de même pour les cas de suspension prévus à l'article 24 de la présente notice.**

**20-3 – Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.**

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE ECA- Locostia Valant Notice d'information

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

### Article 21 - FORCLUSION

Les membres participants ne pourront prétendre au bénéfice des prestations servies par ECA-Assurances, pour tout décompte de leur régime obligatoire, factures, tickets modérateurs et autres documents, présentés deux ans après la date de soins.

Ce délai s'applique également pour le versement des allocations mariage, naissance et obsèques, à compter de la date de l'événement.

### Article 22 - PRESCRIPTION

Toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par ECA-Assurances ou par son délégataire.

### Article 23 - CONTESTATION

En cas de contestation d'un remboursement, le membre participant a la faculté de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de Mutualité Française sise 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15. La décision rendue par ce médiateur engage la mutuelle SMI.

### Article 24 - DECHEANCE DU MEMBRE PARTICIPANT

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; ECA-Assurances peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion du membre participant, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

### Article 25 - AUTORITÉ DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, sise 61, rue de Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

### Article 26 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants-droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Si le membre participant et/ou ses ayants-droit bénéficient d'une assurance permettant son indemnisation (assurance individuelle, personnes transportées en automobile, etc...) ils doivent demander à l'assureur le règlement des prestations dues et réclamer à la Mutuelle, s'il y a lieu, un complément de prestations dans la limite de la catégorie à laquelle ils appartiennent, si toutefois ils n'ont pu obtenir la totalité du remboursement de leur assureur.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

**EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA  
COMPLEMENTAIRE SANTE ECA- Locostia  
Valant Notice d'information**

2<sup>ème</sup> Partie  
**TABLEAU DES GARANTIES ECA-Locostia**

Les prestations sont exprimées en pourcentage des tarifs de convention y compris des remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés et du respect du parcours de soins.

Le niveau des prestations garanties ci-dessous est défini **après application d'un montant de franchise annuelle de 50€.**

<b>GARANTIES ECA-LOCOSTIA</b>	<b>LOCOSTIA 1</b>	<b>LOCOSTIA 2</b>
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b> (médecins, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie)	100 %	100 %
<b>PHARMACIE</b>	100 %	100 %
<b>ACTES DE PREVENTION</b> - remboursés	100 %	100%
- non remboursés	50 € / an	50 € / an
<b>TIERS PAYANT</b>	oui	oui
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Médecine</b>		
Hospitalisation conventionnée .....	100 %	100 %
Hospitalisation non conventionnée .....	néant	néant
<b>Chirurgie</b>		
Hospitalisation conventionnée .....	100 %	100 %
Hospitalisation non conventionnée .....	néant	néant
Forfait Hospitalier .....	30 jours / an	30 jours / an
Chambre Particulière .....	néant	néant
<b>OPTIQUE</b>		
Verres, montures, lentilles refusées ou acceptées par le régime obligatoire (hors jetables refusées)	100 % + forfait 150 € <sup>(1)</sup>	100 %
Opération des yeux (Chirurgie réfractive)	tous les 2 ans	néant
<b>DENTAIRE</b>		
Soins, prothèses, orthodontie remboursés .....	100%	100 % + forfait 150 € <sup>(1)</sup> tous les 2 ans
Soins, prothèses et Orthodontie non remboursés	néant	néant
<b>MATERNITE</b>		
Chambre particulière .....	néant	néant
Soins courants .....	100%	100%
Forfait Naissance .....	néant	néant
<b>PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES</b>	100 %	100 %
<b>CURES THERMALES</b>	100 %	100 %

Délais attente :

(1) Délai d'attente de 12 mois pour bénéficier du forfait.

## PRÉAMBULE

La présente convention collective à adhésion facultative, n° 0109010623, a été souscrite par AGIS, Association Loi 1901, déclaration Préfecture de Paris n° 546967p, 66, rue Taitbout - 75009 Paris, auprès de la MUTUELLE pour la PREVOYANCE et les GARANTIES SOCIALES (M.P.G.S), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, siège 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris, immatriculée au R.N.M. SOUS LE N° 434 869 103, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur et du Code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable.

## SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>10</b>
<i>1<sup>ère</sup> Partie</i>	
<b>LES TEXTES DE LOI .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 1 - informatique et libertés .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 2 - Définitions utiles .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 3 - Objet de l'adhésion .....</b>	<b>11</b>
<b>Article 4 - Vie de l'adhésion .....</b>	<b>11</b>
<b>Article 5 - Obligations de l'assuré lors de la souscription et en cours de contrat .....</b>	<b>11</b>
- 5.1 - A la souscription .....	11
- 5.2 - Au cours du contrat .....	11
<b>Article 6 - Prise d'effet des garanties .....</b>	<b>12</b>
<b>Article 7 - Délais d'attente .....</b>	<b>12</b>
<b>Article 8 - Carte de tiers payant .....</b>	<b>12</b>
<b>Article 9 - Demande de modifications du contrat .....</b>	<b>12</b>
<b>Article 10 - Suspension des garanties .....</b>	<b>12</b>
<b>Article 11 - Calcul du montant des cotisations à la souscription et en cours de contrat</b>	
- leur paiement .....	12
- 11.1 - La base de calcul .....	12
- 11.2 - Le paiement des cotisations .....	13
- 11.3 - Le défaut de paiement .....	13
<b>Article 12 - Etendue territoriale des garanties .....</b>	<b>13</b>
<b>Article 13 - Prescriptions applicables .....</b>	<b>13</b>
<b>Article 14 - Juridiction compétente .....</b>	<b>13</b>
<b>Article 15 - ETENDUE DES GARANTIES .....</b>	<b>13</b>
- 15.1 - Les garanties .....	13
- 15.2 - Garanties complémentaires .....	14
- 15.3 - Limites de garanties .....	14
15.3.1 - Limitations générales .....	14
15.3.2 - Limitations particulières .....	14
<b>Article 16 - Les exclusions aux prestations .....</b>	<b>14</b>
<b>Article 17 - Mise en oeuvre des garanties .....</b>	<b>14</b>
- 17.1 - Prestations en nature .....	15
- 17.2 - Indemnités forfaitaires .....	15
<b>Article 18 - Réclamation .....</b>	<b>15</b>
<b>Article 19 - Subrogation .....</b>	<b>15</b>
<b>Article 20 - Rétractation .....</b>	<b>16</b>
<b>Article 21 - Exclusion de la mutuelle .....</b>	<b>16</b>
<i>2<sup>ème</sup> Partie</i>	
<b>TABLEAU DES GARANTIES ECA-Tonussia</b>	
<b>TONUS 100, TONUS 200, TONUS 300 .....</b>	<b>17</b>

## GLOSSAIRE

Situation des garanties du contrat au regard de la loi du 13 Août 2004

Les garanties de votre contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrats responsables», défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

Dans ce contexte, notamment, les garanties du contrat ne remboursent pas :

- Les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.
- Un «reste à charge» sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins.
- La participation forfaitaire ( Il de l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale).

Les garanties du contrat seront automatiquement adaptées pour chacune des personnes assurées en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

### 1<sup>ère</sup> Partie LES TEXTES DE LOI

#### Article 1 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Association, la Mutuelle et/ou ses délégataires et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de l'Association.

#### Article 2 - DEFINITIONS UTILES

**ADHERENT** : Personne physique ou morale, membre participant de l'Association qui souscrit le contrat, en paie les cotisations et ainsi, accède ou fait accéder aux garanties dudit contrat.  
Les Adhérents TNS souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin devront être à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires de base.

**ASSURE** : Personne physique, assujettie au régime de la Sécurité Sociale, de la Mutualité Sociale Agricole ou des Travailleurs Non Salariés non Exploitants Agricoles, sur la tête de laquelle repose le risque, et dont le nom figure au contrat.

**AGE LIMITE DE SOUSCRIPTION** : Age à partir duquel une personne ne peut plus souscrire.

**BENEFICIAIRES** : Conjoint, concubin, enfant figurant comme ayant droit sur la carte d'affiliation de l'Assuré à son Régime Obligatoire. Ces personnes peuvent profiter des mêmes avantages que l'Assuré dès son adhésion. Leur nom figure également sur le certificat d'adhésion.  
En cours de contrat, l'adjonction de nouveaux bénéficiaires est faite pour une durée minimum de 12 mois, toute sortie volontaire ne pouvant être effectuée qu'à l'échéance principale.  
Les enfants jusqu'à 25 ans pourront continuer à bénéficier du contrat de leurs parents. Il leur sera appliqué un tarif correspondant à leur âge conformément à l'article 11. La « qualité » d'enfant qui pouvait entraîner la diminution ou la gratuité de leur cotisation est perdue au 31 décembre de l'année qui précède les 22 ans

**AGE DE L'ASSURE** : On entend par âge de l'Assuré et des Bénéficiaires l'âge atteint par chacun au 31 décembre de l'année en cours.

**REGIME OBLIGATOIRE** : Régime légal de Prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré et qui est précisé au certificat d'adhésion (régime Général de Sécurité Sociale, régime des Salariés Agricoles ou Régime Obligatoire des Travailleurs Non Salariés Non Exploitants Agricoles).

**TARIF DE RESPONSABILITE** : Tarif servant de base au remboursement du Régime Obligatoire et appelé aussi TARIF DE CONVENTION, dans le cas des praticiens et établissements conventionnés et TARIF D'AUTORITÉ dans le cas des praticiens et établissements non conventionnés.

**TICKET MODERATEUR** : Fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire.  
**Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur la base du Tarif de Convention.**

**ECHEANCE PRINCIPALE :** Echéance annuelle fixée la première fois 12 mois après la prise d'effet des garanties, puis ensuite au 31 décembre de chaque année.

**ANNEE D'ASSURANCE :** Période entre deux d'échéances principales.

**DELAI D'ATTENTE OU DE STAGE :** Période décomptée entre la date de prise d'effet et celle d'entrée en vigueur de la ou des garanties concernées.

**BONUS DE FIDELITE :** Majorations de certaines garanties qui selon la durée de vie de l'option souscrite, s'ajoutent aux garanties. Les bonus acquis durant la vie du contrat ne sont pas cumulatifs.

**ANNEE DE BONUS DE FIDELITE :** Période de 12 mois de garanties, la 1ère année débutant à partir de la d'effet du contrat.

### **Article 3 - OBJET DE L'ADHESION**

Dans les conditions de l'option choisie telles que figurant sur son certificat d'adhésion, le contrat a pour objet d'indemniser l'Assuré et/ou les bénéficiaires obligatoirement à un niveau identique de garantie, en complément des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, à remboursement par le Régime Obligatoire dont relève l'Assuré. Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues par les articles ci-après.

**Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion dont le détail figure en annexe du présent règlement mutualiste.**

### **Article 4 - VIE DE L'ADHESION**

A l'issue de la 1ère année d'assurance, les garanties se renouvellent ensuite au 1er janvier, d'année en année, par tacite reconduction.

A effet de la prochaine échéance principale, la résiliation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance principale, les cotisations étant dues jusqu'à la date de résiliation.

\* Les garanties santé sont viagères dès la date d'adhésion.

\* **La garantie allocation frais d'obsèques cesse au 85ème anniversaire**

**Si l'Adhérent ayant plus de deux ans d'adhésion, perd la qualité de membre de l'Association, ou en cas de résiliation de la présente convention, il lui sera proposé par la Mutuelle et/ou ses délégués un maintien de ses garanties au titre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.**

#### **Gestion de la présente convention**

Au titre d'un accord avec la Mutuelle, la gestion de la présente convention est faite par OWLIANCE Axe Liberté-14, Place de la Coupole – 94227 CHARENTON Cedex et par ECA (Européenne de courtage d'Assurance) 53, rue Lafayette - 75009 PARIS

### **Article 5 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE LORS DE LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT**

#### **5.1 - A la souscription**

Chaque Assuré doit :

- Etre membre de l'Association par adhésion à ses Statuts et concomitamment adhérer aux Conditions Générales du contrat et être à jour de ses cotisations ;
- Remplir et signer le bulletin d'adhésion au contrat, sans questionnaire médical, par lequel il donne son consentement à la couverture du risque et désigne le Régime Obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et ses enfants fiscalement à charge, et déclare sa profession.

**L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que les garanties lui sont accordées à partir des éléments qu'il a déclarés de bonne foi sur son bulletin d'adhésion.**

**Dans le cas contraire, tant à l'adhésion qu'en cours d'exécution du contrat, l'Association et la Mutuelle se réservent respectivement le droit de procéder à l'annulation de l'adhésion, les cotisations versées ne pouvant faire l'objet d'aucun remboursement.**

#### **5.2 - Au cours du contrat**

Chaque Assuré doit par écrit informer la Mutuelle et/ou ses délégués d'un des événements suivants dès leur survenance :

- Changement de nom.
- Changement de domicile.
- Changement de situation matrimoniale (composition de la famille).
- Changement de régime social.
- Coordonnées bancaires.

**Les demandes effectuées par téléphone ou par fax ne pourront pas être prises en compte.**  
**Les Adhérents TNS, souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, communiquent chaque année à la date d'échéance principale, à la Mutuelle et/ou ses bénéficiaires, l'attestation de paiement des cotisations à leurs régimes obligatoires.**

#### **Article 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

Les garanties prennent effet à la date qui figure sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le 1er du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion ou de la demande d'adjonction d'un nouveau bénéficiaire et sous réserve du paiement effectif de la 1ère échéance  
En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet ne pourront donner lieu à remboursement.

#### **Article 7 - DELAIS D'ATTENTE**

Aucun délai d'attente n'est prévu dans ce contrat à l'**exception du forfait Maternité, des frais d'obsèques (cf.:paragraphe 15.2)** et de 12 mois pour les traitements par psychothérapie et psychanalyse, les consultations, visites et hospitalisations liées aux affections neuropsychiatriques, à l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou à l'éthylisme nécessitant un traitement médical en milieu spécialisé.  
Toutefois, selon l'option choisie, des limitations peuvent s'appliquer (cf. paragraphe 15.3).

#### **Article 8 - CARTE DE TIERS PAYANT**

Une carte de tiers payant peut être délivrée à l'admission, valable au minimum jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours ; elle est ensuite renouvelée pour chaque trimestre, sous réserve du paiement des cotisations.  
**L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Assuré est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte.**  
L'Assuré qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.  
L'étendue territoriale de validité de la carte de tiers payant est régie par la signature de conventions définissant les accords locaux.  
La présence sur la carte d'un renvoi de tiers payant n'implique donc pas de façon systématique le service de tiers payant.

#### **Article 9 - DEMANDE DE MODIFICATIONS DU CONTRAT**

Toute modification du contrat ne peut intervenir qu'après 12 mois de durée, et à condition que l'Assuré en ait fait la demande écrite au moins un mois avant l'échéance principale. Elle prend effet à la prochaine échéance principale et concerne tous les bénéficiaires  
Ces modifications peuvent porter sur :  
- une augmentation des garanties : toute demande d'augmentation de garanties est subordonnée à une nouvelle demande d'adhésion ;  
- une diminution des garanties ;  
- une suppression d'un bénéficiaire (sur justificatifs) ;  
- un changement de fractionnement du paiement de la cotisation.  
L'Assuré ayant atteint 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garanties.

#### **Article 10 - SUSPENSION DES GARANTIES**

Le non-paiement des cotisations entraîne ipso facto la suspension des remboursements et/ou des prestations en cours.

#### **Article 11 - CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT - LEUR PAIEMENT**

##### **11.1 - La base de calcul**

À la souscription, les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant le lieu de résidence, l'âge atteint et le tarif en vigueur appliqué aux garanties assurées.  
Il est entendu que les cotisations du 3ème enfant et des suivants sont gratuites à condition que les 2 premiers enfants inscrits sur le contrat de l'adhérent, payent une cotisation en « qualité » d'enfant. La « qualité » d'enfant au sens de la cotisation, s'acquiert en devenant bénéficiaire du contrat avant le 1er janvier de l'année des 19 ans.

Les cotisations évoluent :

- Chaque année au 1er janvier pour tenir compte de l'âge, elles augmentent contractuellement de 2% jusqu'à 65 ans puis de 3% après 65 ans, nonobstant un éventuel ajustement.
- Chaque année à l'échéance principale pour tenir compte de l'augmentation de la consommation médicale totale par habitant publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, des changements des conditions de remboursement des régimes obligatoires et des résultats techniques du contrat.
- Au premier jour du mois suivant la demande de modification du lieu de résidence si la nouvelle zone de résidence est différente de la précédente.

Les garanties et prestations sont définies en fonction de la législation sociale en vigueur à la date d'émission du certificat d'adhésion. **En cas de modification de cette dernière, et notamment en cas de changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, l'augmentation peut éventuellement avoir lieu en cours d'année.**

### **11.2 - Le paiement des cotisations**

Les cotisations, ainsi que les frais en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 15 décembre de l'année pour l'année suivante par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent. En cas de fractionnement de la cotisation, la fraction de prime est exigible 15 jours avant le début de la période à régler. En cas de rejet du prélèvement bancaire, les frais de procédure en vigueur au rejet sont mis à la charge de l'Adhérent.

### **11.3 - Le défaut de paiement**

La Mutuelle et/ou ses délégataires ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations de la convention aux échéances fixées. À défaut de paiement de la cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les **10 jours de son échéance une mise en demeure est adressée à l'adhérent** en l'informant qu'à défaut de recouvrement le contrat sera radié 40 jours après cette mise en demeure.

**Cette radiation a pour conséquence la cessation immédiate des garanties de l'Assuré comme des bénéficiaire(s), l'Adhérent restant toutefois redevable du solde de cotisation annuelle telle que définie à l'article 11.2.**

## **Article 12 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES**

Les garanties s'exercent sur le territoire français et les départements d'outre-mer, sauf dérogation expresse. Elles s'étendent aux maladies ou accidents survenus à l'étranger dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont dépend l'Assuré.  
Les règlements sont effectués en euros.

## **Article 13 - PRESCRIPTIONS APPLICABLES**

Il y a prescription pour les demandes de remboursement des prestations parvenant à la Mutuelle au-delà d'un an à compter de la date de l'acte médical portée sur le dossier justificatif motivant sa participation. Ce délai de forclusion peut être porté à deux ans en ce qui concerne les hospitalisations. En cas de résiliation, l'Assuré doit présenter ses dossiers de demande de prestations dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de la résiliation sous peine de forclusion.

## **Article 14 - JURIDICTION COMPETENTE**

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à Paris.  
Si l'Adhérent et/ou l'Assuré sont domiciliés hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

## **Article 15 - ETENDUE DES GARANTIES**

### **15.1 - Les garanties**

Les dépenses médicales donnant droit à prestations et le montant des remboursements sont liés à l'option choisie par l'Adhérent, tel que figurant sur son certificat d'adhésion.

### **15.2 - Garanties complémentaires**

Elles ne sont accordées que si la mention "garantie" figure sur le détail annexé.

Il peut s'agir du bonus fidélité, du forfait journalier et du supplément pour chambre particulière en cas d'hospitalisation.

Il peut également s'agir d'une indemnité forfaitaire :

- En cas de maternité qui exclut toute autre prestation au titre des frais occasionnés par l'accouchement. En cas d'intervention chirurgicale de cotation supérieure à K 50, la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en œuvre en lieu et place du forfait maternité. Elle n'est versée qu'après 10 mois d'adhésion au contrat.
- En cas de cure thermale : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, l'indemnité forfaitaire est versée à l'occasion d'une cure thermale acceptée par la Sécurité sociale. Elle exclut, de la part de la Mutuelle, tout autre remboursement de frais se rapportant à celle-ci, y compris le transport et l'hébergement.
- Sous forme d'allocation obsèques Elle n'est versée qu'après 6 mois d'adhésion au contrat.

### **15.3 - Limites de garanties**

#### **15.3.1 - Limitations générales**

**Les prestations sont basées sur la valeur du Ticket Modérateur de convention ou toute autre participation fixée par la réglementation des Régimes Obligatoires en vigueur à la date des soins.**

**Le total des remboursements du Régime Obligatoire et de la Mutuelle est toujours limité au montant de la dépense réellement engagée** y compris en cas de cumul de Mutuelles.

En cas de modification des remboursements du Régime Obligatoire, la Mutuelle se réserve le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

En secteur conventionné, le remboursement des frais est effectué à hauteur des pourcentages indiqués, **après déduction du remboursement de la Sécurité sociale.**

Les forfaits ou plafond s'apprécient bénéficiaire par bénéficiaire, et s'appliquent à compter de la prise d'effet de la garantie de chaque bénéficiaire.

Le forfait mentionné pour l'opération de la myopie par laser (kératotomie) est prévu par œil.

#### **15.3.2 - Limitations particulières**

- Optique : sont pris en charge les verres, montures et lentilles non jetables remboursées ou non par la Sécurité sociale. Les lentilles jetables sont exclues.

- Forfait hospitalier : garantie « Tonus 100 » remboursement limité à 30 jours/an la première année, 60 jours par an la seconde et 90 jours par an les suivantes. Garanties « Tonus 200 » remboursement limité à 90 jours par an la première année. Garantie « Tonus 300 » limitée les 6 premiers mois d'adhésion à la garantie « Tonus 200 ».

- Chambre particulière : - Garantie « Tonus 100 » remboursement limité à 30 jours par an la première année.

- Garantie « Tonus 200 » remboursement limité à 90 jours par an la première année.

- Garantie « Tonus 300 » limitée les 6 premiers mois d'adhésion à la garantie « Tonus

200 ».

### **Article 16 - LES EXCLUSIONS AUX PRESTATIONS**

Aucune prestation n'est due dans les cas suivants :

- Les maladies non prises en charge par le Régime Obligatoire sauf si elles figurent sur le tableau des garanties de l'Assuré avec la mention "Refusées Sécurité Sociale selon nomenclature".
- Les maladies consécutives à un accident sportif ou scolaire pour lesquelles existent déjà des organismes d'assurances obligatoires dans le cadre de la licence ou de la responsabilité civile.
- Les soins prodigués avant l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 7 du présent règlement, la date retenue étant celle portée sur les bordereaux de remboursement du Régime Obligatoire de l'Assuré (date de prescription).
- La chirurgie plastique et esthétique.
- Les longs séjours, les séjours en maison de repos ou de convalescence, maison de retraite, hospice ou service de gérontologie et cures diététiques.

### **Article 17 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES**

Les prestations sont versées par la Mutuelle par le canal de ECA et Owliance.

L'Assuré doit obligatoirement faire parvenir toutes les pièces concernant un accident ou une maladie dans les délais suivants sous peine de forclusion :

- Pour les garanties complémentaire santé, dans l'année qui suit la date du premier acte médical. Toutefois, s'agissant de frais d'hospitalisation, le délai sera apprécié à compter de la date de facturation sans pouvoir excéder 2 ans à partir de la date de l'acte médical.

**17.1 - Prestations en nature**

Pour les Caisses Maladie avec lesquelles la Mutuelle est en télétransmission, l'image des décomptes parvient par liaison informatique, sauf refus de l'Assuré. Dans ce cas, et dans le cas où la télétransmission n'est pas mise en place, l'Assuré doit obligatoirement faire parvenir à la Mutuelle le ou les originaux des décomptes de remboursements perçus, délivrés par son Régime Obligatoire). Aucune photocopie ne peut être prise en compte. L'Assuré doit fournir des justificatifs supplémentaires dans les cas suivants :

- Orthodontie (après demande d'entente préalable auprès du dentiste conseil) et prothèses dentaires : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée acquittée.
- Optique : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée.
- Lentilles de contact non remboursée par la caisse maladie : la facture détaillée et acquittée.
- Hospitalisation :
  - Pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou la chambre particulière, l'Assuré peut demander une prise en charge à la Mutuelle. Sinon, l'Assuré doit fournir l'original de la facture acquittée.
  - Pour les dépassements d'honoraires, les frais d'accompagnement, la maternité, l'Assuré doit fournir une facture acquittée mentionnant le K opératoire.
  - Soins médicaux non pris en charge par le régime obligatoire : remboursés à la vue des feuilles de soins et facturations pharmaceutiques.

**17.2 - Indemnités forfaitaires**

Dans le cas où le contrat le prévoirait, l'Assuré, pour percevoir ces indemnités ou primes forfaitaires, doit fournir dans les cas suivants :

- Maternité : une fiche d'état civil. Il est versé une seule prime par enfant et par foyer. Dans le cas d'une césarienne, la chambre particulière est remboursée sur production de la facture acquittée selon les garanties souscrites. La prime de maternité est versée si l'Assuré en fait la demande dans les deux mois qui suivent la naissance si la mère est assurée.
- Cure thermale : le bordereau de la Caisse Maladie et la facture de l'établissement. Le versement de cette indemnité exclut toute autre prestation.
- En cas de décès de l'assuré ou d'un bénéficiaire l'allocation frais d'obsèques est réglée à la personne ayant acquitté les frais ou au Notaire, sur production de la facture et du bulletin de décès.

**Article 18 - RECLAMATION**

Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit, dans un délai de deux mois à compter de la date du décompte. Elle doit comprendre la photocopie du(es) décompte(s) concerné(s).  
Passé le délai de deux mois, aucune réclamation ne peut être admise.

En cas de désaccord entre la Mutuelle et les Adhérents ou Assurés, ceux-ci s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire sans avoir soumis au préalable leur litige au Conseil d'Administration de la Mutuelle ou au Médiateur de la Mutualité et avoir reçu leur réponse écrite.

**Article 19 - SUBROGATION**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

**Article 20 - RETRACTATION**

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur.

Dans ce cadre, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date d'envoi des documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA 53 RUE LAFAYETTE 75009 Paris. La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation :

- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

Modèle de lettre de renonciation :

« Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat XXX (numéro du contrat), que j'ai signé le (date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. »

**Article 21 - EXCLUSION DE LA MUTUELLE**

L'ADHERENT, A JOUR DE COTISATION, UNE FOIS ADMIS NE PEUT ETRE EXCLU DE LA MUTUELLE SAUF :

- Si son attitude ou sa conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle.
- S'il a causé un préjudice volontaire et dûment constaté aux intérêts de la mutuelle.
- S'il est frappé définitivement d'une condamnation grave.

L'adhérent dont l'exclusion est prononcée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y référer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE ECA-Tonussia Valant Notice d'information

### 2<sup>ème</sup> Partie TABLEAU DES GARANTIES ECA-Tonussia

Le tableau ci-après indique les remboursements dans la limite de 100% des frais réels.  
Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de convention y compris les prestations de la Sécurité Sociale.

GARANTIES	Tonus 100	Tonus 200	Tonus 300
<b>GARANTIE SOINS MEDICAUX avec bonus de fidélité : généraliste, spécialiste, auxiliaires médicaux, imagerie, ex</b>	100%	125%	150%
Bonus de fidélité Soins Médicaux de 2ème année	+ 10%	+ 10%	+ 20%
Bonus de fidélité Soins Médicaux de 3ème année	+ 20%	+ 20%	+ 40%
Bonus de fidélité Soins Médicaux de 4ème année et suivantes	+ 30%	+ 30%	+ 50%
<b>AUTRE GARANTIE SOINS MEDICAUX COURANTS : Psychiatre, psychologue, neuropsych*</b>	100%	100%	100%
<b>PHARMACIE - Médicaments</b>	100%	100%	100%
Vaccins (avec ou sans participation du Régime Obligatoire)	30 € / an	30 € / an	50 € / an
Tiers payant	oui	oui	oui
<b>GARANTIE EN SECTEUR HOSPITALIER avec bonus de fidélité</b>			
Secteur conventionné - Honoraires, séjour, transport	100%	200%	200%
Bonus de fidélité soins secteur conventionné de 2ème année	+ 25%	+ 25%	+ 50%
Bonus de fidélité soins secteur conventionné de 3ème année	+ 50%	+ 50%	+ 75%
Bonus de fidélité soins secteur conventionné de 4ème année et suivantes	+ 75%	+ 75%	+ 100%
Forfait hospitalier	100% maxi 30 jours/an	100% maxi 90 jours/an	limitation
Bonus de fidélité forfait hospitalier de 2ème année	+ 30 jours	sans limitation	-
Bonus de fidélité forfait hospitalier de 3ème année et suivantes	+ 60 jours	sans limitation	-
Chambre particulière	jours/an	jours/an	50 € sans limitation
Bonus de fidélité chambre particulière de 2ème année et suivantes	maxi +30 jours	limitation	25 €
<b>AUTRE GARANTIE EN SECTEUR HOSPITALIER</b>			
Secteur non conventionné - Honoraires, séjour, transport	-	-	100%
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	jours/an	jours/an
<b>GARANTIE MATERNITE</b>			
Chambre particulière	-	50 € / jour	50 € / jour
Soins courants, transport (Ambulance)	100%	200%	200%
Forfait de naissance ou adoption*	-	-	100 €
<b>GARANTIE OPTIQUE avec bonus de fidélité</b>			
Verres	100%	100 € / an	150 € / an
Montures	100%	50 € / an	100 € / an
Lentilles avec ou sans participation du Régime Obligatoire	-	100 € / an	150 € / an
Bonus de fidélité Optique sur verres ou montures ou lentilles de 2ème année	+ 30 € / an	+ 25 € / an	+ 50 € / an
Bonus de fidélité Optique sur verres ou montures ou lentilles de 3ème année	+ 50 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an
Bonus de fidélité Optique sur verres ou montures ou lentilles de 4ème année et suivantes	+ 75 € / an	+ 75 € / an	+ 50 € / an
<b>AUTRE GARANTIE OPTIQUE : Opération (chirurgicales, kératotomie...)</b>	-	250 € / œil	300 € / œil
<b>GARANTIE DENTAIRE avec bonus de fidélité</b>			
Soins, prothèses, orthodontie avec participation du Régime Obligatoire	100%	200%	200%
Soins, prothèses, orthodontie sans participation du Régime Obligatoire	-	100%	100%
Bonus de fidélité Dentaire de 2ème année	+ 25%	+ 25%	+ 25%
Bonus de fidélité Dentaire de 3ème année	+ 50%	+ 35%	+ 35%
Bonus de fidélité Dentaire de 4ème année et suivantes	+ 75%	+ 50%	+ 50%
Plafond Dentaire de 1ère année	-	600 €	800 €
Plafond Dentaire de 2ème année	-	800 €	1 000 €
Plafond Dentaire de 3ème année et suivantes	-	1 000 € / an	sans limitation
<b>AUTRE GARANTIE DENTAIRE : Implantologie, Parodontologie (après la 2ème année)</b>	-	300 € / an	500 € / an
<b>GARANTIE PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES</b>	100%	200%	200%
<b>GARANTIE CURE THERMALE</b>	100%	200%	200%
<b>GARANTIE ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES*</b>	-	500 €	1 500 €
<b>AUTRES GARANTIES SANS PRISE EN CHARGE DU REGIME OBLIGATOIRE</b>			
Bonus de fidélité de 2ème année et suivantes Ostéopathie, chiropracteur, acupuncture	-	-	+ 50 € / an
Nutritionniste, diététicien	-	-	+ 30 € / an
Médecine douce, homéopathie	-	+ 50 € / an	+ 50 € / an
Automédication courante, trousse du voyageur	-	-	+ 30 € / an
Patch anti-tabac, sevrage tabagique	-	+ 50 € / an	+ 50 € / an
Pillule contraceptives de 3ème génération	-	+ 50 € / an	+ 50 € / an

Les prestations sont exprimées en pourcentage des tarifs de convention y compris les remboursements du Régime Obligatoire dans la limite des dépenses réellement engagés

\*Psychiatre, psychologue, neuropsych : délai d'attente 12 mois, à compter du 13ème mois remboursement sur la base du ticket modérateur (consultation + hospi)

\*Allocation frais d'obsèques : délai d'attente 6 mois

\*Forfait de naissance ou adoption : délai d'attente 10 mois

## **SOMMAIRE GENERALE**

**EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA CONVENTION  
COMPLEMENTAIRE SANTE SERENIA 2 Valant Notice d'information ..... 19**

**CONVENTION D'ASSISTANCE  
MPGS/VOYAGES/ANTILLES FRANCAISES – GUYANNE - REUNION  
N° 000001390..... 27**

**CONVENTION D'ASSISTANCE  
MPGS/ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE  
N° 000001391..... 32**

## **PRÉAMBULE**

La présente convention collective à adhésion facultative, n° 0101010610, a été souscrite par AGIS, Association Loi 1901, déclaration Préfecture de Paris n° 54-967P, 66, rue Taitbout - 75009 Paris, auprès de la MUTUELLE pour la PREVOYANCE et les GARANTIES SOCIALES (M.P.G.S), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, siège 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris, immatriculée au R.N.M. SOUS LE N° 434 869 103, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur et du Code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable. Les conventions d'assistance n°1390 et N°1391 ont été souscrites par M.P.G.S auprès de Garantie Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances RCS Paris B 312-517-493 : 38, rue La Bruyère – 75009 PARIS.

## **SOMMAIRE**

<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>20</b>
 <i>1<sup>ère</sup> Partie</i>	
<b>LES TEXTES DE LOI .....</b>	<b>20</b>
<b>Article 1 - informatique et libertés .....</b>	<b>20</b>
<b>Article 2 - Définitions utiles .....</b>	<b>20</b>
<b>Article 3 - Objet de l'adhésion .....</b>	<b>21</b>
<b>Article 4 - Vie de l'adhésion .....</b>	<b>21</b>
<b>Article 5 - Obligations de l'assuré lors de la souscription et en cours de contrat .....</b>	<b>21</b>
- 5.1 - A la souscription .....	21
- 5.2 - Au cours du contrat .....	21
<b>Article 6 - Prise d'effet des garanties .....</b>	<b>22</b>
<b>Article 7 - Délais d'attente .....</b>	<b>22</b>
<b>Article 8 - Carte de tiers payant .....</b>	<b>22</b>
<b>Article 9 - Demande de modifications du contrat .....</b>	<b>22</b>
<b>Article 10 - Suspension des garanties .....</b>	<b>22</b>
<b>Article 11 - Calcul du montant des cotisations à la souscription et en cours de contrat - leur paiement .....</b>	<b>22</b>
- 11.1 - La base de calcul .....	22
- 11.2 - Le paiement des cotisations .....	23
- 11.3 - Le défaut de paiement .....	23
<b>Article 12 - Etendue territoriale des garanties .....</b>	<b>23</b>
<b>Article 13 - Prescriptions applicables .....</b>	<b>23</b>
<b>Article 14 - Juridiction compétente .....</b>	<b>23</b>
<b>Article 15 - ETENDUE DES GARANTIES .....</b>	<b>23</b>
- 15.1 - Les garanties .....	23
- 15.2 - Garanties complémentaires .....	23
- 15.3 - Limites de garanties .....	24
15.3.1 - Limitations générales .....	24
15.3.2 - Limitations particulières .....	24
<b>Article 16 - Les exclusions aux prestations .....</b>	<b>24</b>
<b>Article 17 - Mise en oeuvre des garanties .....</b>	<b>24</b>
- 17.1 - Prestations en nature .....	24
- 17.2 - Indemnités forfaitaires .....	25
<b>Article 18 - Réclamation .....</b>	<b>25</b>
<b>Article 19 - Subrogation .....</b>	<b>25</b>
<b>Article 20 - Rétractation .....</b>	<b>25</b>
<b>Article 21 - Exclusion de la mutuelle .....</b>	<b>25</b>
 <i>2<sup>ème</sup> Partie</i>	
<b>TABLEAU DES GARANTIES SERENIA 2 ECO, NECESSITE, SECURITE, TRANQUILLITE, CONFORT, PRIVILEGE, SERENITE .....</b>	<b>26</b>

## GLOSSAIRE

Situation des garanties du contrat au regard de la loi du 13 Août 2004

Les garanties de votre contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrats responsables», défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

Dans ce contexte, notamment, les garanties du contrat ne remboursent pas :

- Les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.
- Un «reste à charge» sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins.
- La participation forfaitaire (II de l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale).

Les garanties du contrat seront automatiquement adaptées pour chacune des personnes assurées en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

### 1<sup>ère</sup> Partie LES TEXTES DE LOI

#### Article 1 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Association, la Mutuelle et/ou ses délégataires et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de l'Association.

#### Article 2 - DEFINITIONS UTILES

**ADHERENT** : Personne physique ou morale, membre participant de l'Association qui souscrit le contrat, en paie les cotisations et ainsi, accède ou fait accéder aux garanties du dit contrat.

Les Adhérents TNS souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin devront être à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires de base.

**ASSURE** : Personne physique, assujettie au régime de la Sécurité Sociale, de la Mutualité Sociale Agricole ou des Travailleurs Non Salariés non Exploitants Agricoles, sur la tête de laquelle repose le risque, et dont le nom figure au contrat.

**BENEFICIAIRES** : Conjoint, concubin, enfant figurant comme ayant droit sur la carte d'affiliation de l'Assuré à son Régime Obligatoire. Ces personnes peuvent profiter des mêmes avantages que l'Assuré dès son adhésion. Leur nom figure également sur le certificat d'adhésion.

En cours de contrat, l'adjonction de nouveaux bénéficiaires est faite pour une durée minimum de 12 mois, toute sortie volontaire ne pouvant être effectuée qu'à l'échéance principale.

Les enfants jusqu'à 25 ans pourront continuer à bénéficier du contrat de leurs parents. Il leur sera appliqué un tarif correspondant à leur âge conformément à l'article 11. La « qualité » d'enfant qui pouvait entraîner la diminution ou la gratuité de leur cotisation, et/ou de celle de leurs frères et sœurs, est perdue dès lors que l'enfant a son numéro de Sécurité sociale propre ou atteint ses 20 ans dans l'année en cours.

**AGE DE L'ASSURE** : On entend par âge de l'Assuré et des Bénéficiaires l'âge atteint par chacun au 31 décembre de l'année en cours.

**REGIME OBLIGATOIRE** : Régime légal de Prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré et qui est précisé au certificat d'adhésion (régime Général de Sécurité Sociale, régime des Salariés Agricoles ou Régime Obligatoire des Travailleurs Non Salariés Non Exploitants Agricoles).

**TARIF DE RESPONSABILITE** : Tarif servant de base au remboursement du Régime Obligatoire et appelé aussi **TARIF DE CONVENTION**, dans le cas des praticiens et établissements conventionnés et **TARIF D'AUTORITE** dans le cas des praticiens et établissements non conventionnés.

**TICKET MODERATEUR** : Fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire.

**Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur la base du Tarif de Convention.**

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA CONVENTION COMPLEMENTAIRE SANTE SERENIA 2 Valant Notice d'information

**ECHEANCE PRINCIPALE** : Date anniversaire de la prise d'effet des garanties.

**ANNEE D'ASSURANCE** : Période d'un an entre deux dates d'échéance principale.

**DELAJ D'ATTENTE OU DE STAGE** : Période décomptée entre la date de prise d'effet et celle d'entrée en vigueur de la ou des garanties concernées.

### Article 3 - OBJET DE L'ADHESION

Dans les conditions de l'option choisie telles que figurant sur son certificat d'adhésion, le contrat a pour objet d'indemniser l'Assuré et/ou les bénéficiaires obligatoirement à un niveau identique de garantie, en complément des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, à remboursement par le Régime Obligatoire dont relève l'Assuré. Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues par les articles ci-après.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion dont le détail figure en annexe du présent règlement mutualiste.

### Article 4 - VIE DE L'ADHESION

A l'issue de la 1ère année d'assurance, les garanties se renouvellent ensuite au 1er janvier, d'année en année, par tacite reconduction.

A effet de la prochaine échéance principale, la résiliation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance principale, les cotisations étant dues jusqu'à la date de résiliation.

\* les garanties santé sont viagères dès la date d'adhésion.

\* la garantie allocation frais d'obsèques cesse au 85ème anniversaire

\* la garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalisation » cesse au 65ème anniversaire.

**Si l'Adhérent ayant plus de deux ans d'adhésion, perd la qualité de membre de l'Association, ou en cas de résiliation de la présente convention, il lui sera proposé par la Mutuelle et/ou ses délégataires un maintien de ses garanties au titre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.**

#### Gestion de la présente convention

Au titre d'un accord avec la Mutuelle, la gestion de la présente convention est faite par OWLIANCE Axe Liberté-14, Place de la Coupole – 94227 CHARENTON Cedex et par ECA (Européenne de courtage d'Assurance) 53, rue La Fayette - 75009 PARIS

### Article 5 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE LORS DE LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

#### 5.1 - A la souscription

Chaque Assuré doit :

- être membre de l'Association par adhésion à ses Statuts et concomitamment adhérer aux Conditions Générales du contrat et être à jour de ses cotisations ;
- avoir au plus 70 ans à l'adhésion (date anniversaire), 80 ans pour les options ECO, Nécessité, Sécurité et Tranquillité,
- les garanties Indemnités journalières hospitalisation et décès accidentel peuvent être souscrites à partir de 20 ans et avant 60ans.
- remplir et signer le bulletin d'adhésion au contrat, sans questionnaire médical, par lequel il donne son consentement à la couverture du risque et désigne le Régime Obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et ses enfants fiscalement à charge, et déclare sa profession.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que les garanties lui sont accordées à partir des éléments qu'il a déclarés de bonne foi sur son bulletin d'adhésion.

Dans le cas contraire, tant à l'adhésion qu'en cours d'exécution du contrat, l'Association et la Mutuelle se réservent respectivement le droit de procéder à l'annulation de l'adhésion, les cotisations versées ne pouvant faire l'objet d'aucun remboursement.

#### 5.2 - Au cours du contrat

Chaque Assuré doit par écrit informer la Mutuelle et/ou ses délégataires d'un des événements suivants dès leur survenance :

- changement de nom ;
- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale (composition de la famille) ;
- changement de régime social ;
- coordonnées bancaires.

Les demandes effectuées par téléphone ou par fax ne pourront pas être prises en compte.

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA CONVENTION COMPLEMENTAIRE SANTE SERENIA 2 Valant Notice d'information

Les Adhérents TNS, souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, communiquent chaque année à la date d'échéance principale, à la Mutuelle et/ou ses bénéficiaires, l'attestation de paiement des cotisations à leurs régimes obligatoires.

### Article 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date qui figure sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le 1er du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion ou de la demande d'adjonction d'un nouveau bénéficiaire et sous réserve du paiement effectif de la 1ère échéance  
En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet ne pourront donner lieu à remboursement.

### Article 7 - DELAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est prévu dans ce contrat à l'exception du forfait Maternité et des frais d'obsèques (cf.:paragraphe 15.2). Toutefois en hospitalisation, les prestations pour les options Sécurité et au delà sont limitées aux garanties de l'option Nécessité les 6 premiers mois d'adhésion.

### Article 8 - CARTE DE TIERS PAYANT

Une carte de tiers payant peut être délivrée à l'admission, valable au minimum jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours ; elle est ensuite renouvelée pour chaque trimestre, sous réserve du paiement des cotisations.  
L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Assuré est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte.  
L'Assuré qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.  
L'étendue territoriale de validité de la carte de tiers payant est régie par la signature de conventions définissant les accords locaux.  
La présence sur la carte d'un renvoi de tiers payant n'implique donc pas de façon systématique le service de tiers payant.

### Article 9 - DEMANDE DE MODIFICATIONS DU CONTRAT

Toute modification du contrat ne peut intervenir qu'après 12 mois de durée, et à condition que l'Assuré en ait fait la demande écrite au moins un mois avant l'échéance principale. Elle prend effet à la prochaine échéance principale et concerne tous les bénéficiaires  
Ces modifications peuvent porter sur :  
- une augmentation des garanties : toute demande d'augmentation de garanties est subordonnée à une nouvelle demande d'adhésion ;  
- une diminution des garanties ;  
- une suppression d'un bénéficiaire (sur justificatifs) ;  
- un changement de fractionnement du paiement de la cotisation.  
L'Assuré ayant atteint 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garanties.

### Article 10 - SUSPENSION DES GARANTIES

Le non-paiement des cotisations entraîne ipso facto la suspension des remboursements et/ou des prestations en cours.

### Article 11 - CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT - LEUR PAIEMENT

#### 11.1 - La base de calcul

À la souscription, les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge atteint et le tarif en vigueur appliqué aux garanties assurées par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Il est entendu que les cotisations du 3ème enfant et des suivants sont gratuites à condition que les 2 premiers enfants ne soient pas âgés de plus de 19 ans.

Les cotisations évoluent chaque année :

- au 1er janvier pour tenir compte de l'âge, elles augmentent contractuellement de 2% jusqu'à 70 ans puis de 4% après 70 ans, nonobstant un éventuel ajustement.
- à l'échéance principale pour tenir compte de l'augmentation de la consommation médicale totale par habitant publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, des changements des conditions de remboursement des régimes obligatoires et des résultats techniques du contrat.

## EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE LA CONVENTION COMPLEMENTAIRE SANTE SERENIA 2 Valant Notice d'information

Les garanties et prestations sont définies en fonction de la législation sociale en vigueur à la date d'émission du certificat d'adhésion. En cas de modification de cette dernière, et notamment en cas de changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, l'augmentation peut éventuellement avoir lieu en cours d'année.

### **11.2 - Le paiement des cotisations**

Les cotisations, ainsi que les frais en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 15 décembre de l'année pour l'année suivante par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent. En cas de fractionnement de la cotisation, la fraction de prime est exigible 15 jours avant le début de la période à régler. En cas de rejet du prélèvement bancaire, les frais de procédure en vigueur au rejet sont mis à la charge de l'Adhérent.

### **11.3 - Le défaut de paiement**

La Mutuelle et/ou ses délégataires ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations de la convention aux échéances fixées. À défaut de paiement de la cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les 15 jours (qui suivent l'envoi d'un courrier de mise en demeure de paiement), les garanties sont suspendues au dernier jour payé et l'Adhérent est radié 25 jours après cette suspension.

Cette radiation a pour conséquence la cessation immédiate du paiement des prestations quelle que soit leur date à l'Assuré comme au(x) bénéficiaire(s), l'Adhérent restant toutefois redevable du solde de sa cotisation annuelle telle que définie à l'article 11.2.

### **Article 12 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES**

Les garanties s'exercent sur le territoire français et les départements d'outre-mer, sauf dérogation expresse. Elles s'étendent aux maladies ou accidents survenus à l'étranger dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont dépend l'Assuré. Les règlements sont effectués en euros.

### **Article 13 - PRESCRIPTIONS APPLICABLES**

Il y a prescription pour les demandes de remboursement des prestations parvenant à la Mutuelle au-delà d'un an à compter de la date de l'acte médical portée sur le dossier justificatif motivant sa participation. Ce délai de forclusion peut être porté à deux ans en ce qui concerne les hospitalisations.

En cas de résiliation, l'Assuré doit présenter ses dossiers de demande de prestations dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de la résiliation sous peine de forclusion.

### **Article 14 - JURIDICTION COMPETENTE**

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à Paris.

Si l'Adhérent et/ou l'Assuré sont domiciliés hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

### **Article 15 - ETENDUE DES GARANTIES**

#### **15.1 - Les garanties**

Les dépenses médicales donnant droit à prestations et le montant des remboursements sont liés à l'option choisie par l'Adhérent, tel que figurant sur son certificat d'adhésion.

#### **15.2 - Garanties complémentaires**

Elles ne sont accordées que si la mention "garantie" figure sur le détail annexé.

Il peut s'agir en cas d'hospitalisation, du forfait journalier et du supplément pour chambre particulière.

Il peut également s'agir d'une indemnité forfaitaire :

- en cas de maternité qui exclut toute autre prestation au titre des frais occasionnés par l'accouchement. En cas d'intervention chirurgicale de cotation supérieure à K 50, la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en œuvre en lieu et place du forfait maternité. Elle n'est versée qu'après 9 mois d'adhésion au contrat.
- en cas de cure thermale : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, l'indemnité forfaitaire est versée à l'occasion d'une cure thermale acceptée par la Sécurité sociale. Elle exclut, de la part de la Mutuelle, tout autre remboursement de frais se rapportant à celle-ci, y compris le transport et l'hébergement.
- sous forme d'allocation obsèques Elle n'est versée qu'après 6 mois d'adhésion au contrat.
- sont également prévus des services d'assistance et/ou de rapatriement rendus par Garantie Assistance, 38 rue La Bruyère 75009 Paris 01.53.21.24.00 (Conventions N° 1391 pour les adhérents résidants en France Métropolitaine et N°1390 pour les adhérents résidant dans les départements d'Outre-Mer).
- à titre optionnel, peuvent être souscrites des indemnités journalières en cas d'hospitalisation et une garantie décès accidentel disponibles sur notices séparées.

### **15.3 - Limites de garanties**

#### **15.3.1 - Limitations générales**

Les prestations sont basées sur la valeur du Ticket Modérateur de convention ou toute autre participation fixée par la réglementation des Régimes Obligatoires en vigueur à la date des soins.

Le total des remboursements du Régime Obligatoire et de la Mutuelle est toujours limité au montant de la dépense réellement engagée y compris en cas de cumul de Mutuelles.

En cas de modification des remboursements du Régime Obligatoire, la Mutuelle se réserve le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

En secteur conventionné, le remboursement des frais est effectué à hauteur des pourcentages indiqués, après déduction du remboursement de la Sécurité Sociale.

Les forfaits ou plafond prévus au titre des postes « Optique » et « Dentaire » « s'apprécient bénéficiaire par bénéficiaire, et s'appliquent à compter de la prise d'effet de la garantie de chaque bénéficiaire. Le forfait mentionné pour l'opération de la myopie par laser (kératotomie) est prévu par œil.

#### **15.3.2 - Limitations particulières**

Frais accompagnant : remboursement des frais relatifs à l'accompagnant (incluant le lit) d'un enfant de moins de 14 ans limités à 10 jours/an à 16 €.

Forfait hospitalier : remboursement limité à 30 jours/an pour les options Eco et Nécessité.

Optique : sont pris en charge les verres, montures et lentilles non jetables acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Les lentilles jetables sont exclues.

À compter du 13<sup>ème</sup> mois d'adhésion, remboursement sur la base de 100% du Tarif de Convention, quelle que soit l'option souscrite, des consultations, visites et hospitalisations liées aux affections neuropsychiatriques, à l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou à l'éthylisme nécessitant un traitement médical en milieu spécialisé, les traitements par psychothérapie et psychanalyse.

### **Article 16 - LES EXCLUSIONS AUX PRESTATIONS**

Aucune prestation n'est due dans les cas suivants :

- les maladies non prises en charge par le Régime Obligatoire sauf si elles figurent sur le tableau des garanties de l'Assuré avec la mention "Refusées Sécurité Sociale selon nomenclature" ;
- les maladies consécutives à un accident sportif ou scolaire pour lesquelles existent déjà des organismes d'assurances obligatoires dans le cadre de la licence ou de la responsabilité civile ;
- les soins prodigués avant l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 7 du présent règlement, la date retenue étant celle portée sur les bordereaux de remboursement du Régime Obligatoire de l'Assuré (date de prescription) ;
- la chirurgie plastique et esthétique ;
- les longs séjours, les séjours en maison de repos ou de convalescence, maison de retraite, hospice ou service de gérontologie et cures diététiques.

### **Article 17 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES**

Les prestations sont versées par la Mutuelle par le canal de E.C.A et C.S.G.

L'Assuré doit obligatoirement faire parvenir toutes les pièces concernant un accident ou une maladie dans les délais suivants sous peine de forclusion :

- Pour les garanties complémentaires santé, dans l'année qui suit la date du premier acte médical. Toutefois, s'agissant de frais d'hospitalisation, le délai sera apprécié à compter de la date de facturation sans pouvoir excéder 2 ans à partir de la date de l'acte médical.
- Pour l'option indemnités journalières d'hospitalisation la demande d'indemnisation doit parvenir dans les trois mois du premier jour de l'événement.

#### **17.1 - Prestations en nature**

Pour les Caisses Maladie avec lesquelles la Mutuelle est en télétransmission, l'image des décomptes parvient par liaison informatique, sauf refus de l'Assuré. Dans ce cas, et dans le cas où la télétransmission n'est pas mise en place, l'Assuré doit obligatoirement faire parvenir à la Mutuelle le ou les originaux des décomptes de remboursements perçus, délivrés par son Régime Obligatoire). Aucune photocopie ne peut être prise en compte. L'Assuré doit fournir des justificatifs supplémentaires dans les cas suivants :

- orthodontie (après demande d'entente préalable auprès du dentiste conseil) et prothèses dentaires : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée acquittée ;
- optique : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée ;
- lentilles de contact non remboursée par la caisse maladie : la facture détaillée et acquittée ;
- hospitalisation :
  - pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou la chambre particulière, l'Assuré peut demander une prise en charge à la Mutuelle. Sinon, l'Assuré doit fournir l'original de la facture acquittée ;
  - pour les dépassements d'honoraires, les frais d'accompagnement, la maternité, l'Assuré doit fournir une facture acquittée mentionnant le K opératoire.

**17.2 - Indemnités forfaitaires**

Dans le cas où le contrat le prévoirait, l'Assuré, pour percevoir ces indemnités ou primes forfaitaires, doit fournir dans les cas suivants :

- Maternité : une fiche d'état civil. Il est versé une seule prime par enfant et par foyer. Dans le cas d'une césarienne, la chambre particulière est remboursée sur production de la facture acquittée selon les garanties souscrites. La prime de maternité est versée si l'Assuré en fait la demande dans les deux mois qui suivent la naissance si la mère est assurée ;
- Cure thermale : le bordereau de la Caisse Maladie et la facture de l'établissement. Le versement de cette indemnité exclut toute autre prestation ;
- En cas de décès de l'assuré ou d'un bénéficiaire l'allocation frais d'obsèques est réglée à la personne ayant acquitté les frais ou au Notaire, sur production de la facture et du bulletin de décès ;
- Indemnités journalières hospitalisation (option) : en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 3 jours, l'indemnité journalière souscrite est versée à compter du 4ème jour et au maximum pendant 180 jours pour un même événement.

**Article 18 - RECLAMATION**

Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit, dans un délai de deux mois à compter de la date du décompte. Elle doit comprendre la photocopie du(es) décompte(s) concerné(s).

Passé le délai de deux mois, aucune réclamation ne peut être admise.

En cas de désaccord entre la Mutuelle et les Adhérents ou Assurés, ceux-ci s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire sans avoir soumis au préalable leur litige au Conseil d'Administration de la Mutuelle ou au Médiateur de la Mutualité et avoir reçu leur réponse écrite.

**Article 19 - SUBROGATION**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

**Article 20 - RETRACTATION**

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur.

Dans ce cadre, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA 53 RUE LAFAYETTE 75009 Paris. La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation :

Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours ;

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

Modèle de lettre de renonciation :

« Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat XXX (numéro du contrat), que j'ai signé le (date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

**Article 21 - EXCLUSION DE LA MUTUELLE**

L'ADHERENT, A JOUR DE COTISATION, UNE FOIS ADMIS NE PEUT ETRE EXCLU DE LA MUTUELLE SAUF :

- Si son attitude ou sa conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle.
- S'il a causé un préjudice volontaire et dûment constaté aux intérêts de la mutuelle.
- S'il est frappé définitivement d'une condamnation grave.

L'adhérent dont l'exclusion est prononcée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y référer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

### 2<sup>ème</sup> Partie TABLEAU DES GARANTIES SERENIA 2

Le tableau ci-après indique les remboursements dans la limite de 100% des frais réels.  
Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de convention y compris les prestations de la Sécurité Sociale.

NATURE DES ACTES	ECO	NECESSITE	SECURITE	TRANQUILITE	CONFORT	PRIVILEGE	SERENITE
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b> <sup>(1)</sup> (médecins, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>PHARMACIE</b> Tiers payant Vaccins refusés par la SS	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €	100% Oui 15 €
<b>HOSPITALISATION</b> Séjour, intervention Hospitalisation conventionnée Hospitalisation non conventionnée Forfait hospitalier à durée illimitée Chambre particulière Lit accompagnant (maxi 10 jours à 16 € enfant de – 14 ans)	100% - Frais réels <sup>(2)</sup> - -	100% - Frais réels <sup>(2)</sup> - -	100% - Frais réels 31 €/jour Oui	125% - Frais réels 39 €/jour Oui	150% - Frais réels 46 €/jour Oui	200% 200% Frais réels 46 €/jour Oui	300% 300% Frais réels 70 €/JOUR Oui
<b>OPTIQUE (par an et par bénéficiaire)</b> Verres, montures, lentilles (hors lentilles jetables) par an et par bénéficiaire Kératotomie (opération de la myopie) forfait par œil	100%	46 € 50 €	77 € 85 €	92 € 100 €	122 € 130 €	168 € 180 €	229 € 240 €
<b>DENTAIRE</b> Soins, prothèses et orthodontie avec remboursement caisse maladie prothèses et orthodontie sans remboursement caisse maladie Plafond 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année Années suivantes	100% - - -	150% - Néant Néant	125% - Néant Néant	150% - Néant Néant	200% - 610 € Néant	250% - 915 € Néant	300% 150% <sup>(4)</sup> 1 220 € Néant
<b>PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIFS</b>	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>MATERNITE</b> Chambre particulière Soins courants Forfait naissance	- - -	- 100% -	31 €/jour 100% 92 €	39 €/jour 125% 138 €	46 €/jour 150% 153 €	46 €/jour 200% 183 €	70 €/jour 300% 229 €
<b>CURES THERMALES</b>	100%	100%	100%	77 €	122 €	153 €	229 €
<b>ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES</b> <sup>(3)</sup>	153 €	153 €	2 287 €	2 287 €	2 287 €	2 287 €	2 287 €
<b>ASSISTANCE HOSPITALIERE</b> (optionnel) (franchise absolue 3 jours)	-	-	16 €/jour	23 €/jour	31 €/jour	39 €/jour	39 €/jour
<b>CAPITAUX DECES ACCIDENTELS</b> (optionnel)	-	-	7 623 €	15 245 €	15 245 €	15 245 €	30 490 €
<b>ASSISTANCE y compris rapatriement</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>FACILITES D'AVANCES DE FRAIS</b> Consultations médecins, laboratoire, radio Pharmacie Prise en charge hospitalière	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui	Carte tiers payant Oui

(1) : remboursement psy et neuro psy plafonnés

(2) : dans la limite de 30 jours par an.

(3) : délai d'attente : 6 mois

(4) : du Tarif de Convention reconstitué

COMMENT CONTACTER LA GARANTIE ASSISTANCE	
Téléphone : de France 01 53 21 24 68 de l'Étranger 33 1 53 21 24 68 Télécopie : 01 53 21 24 88 Télégramme : GASSIST PARIS France	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de la présente convention.
<b>IMPORTANT :</b> Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.	

## SOMMAIRE

<b>1 – Généralités .....</b>	<b>28</b>
1.1 – Bénéficiaires .....	28
1.2 – Définitions .....	28
1.3 - Validité territoriale.....	28
1.4 - Validité dans le temps .....	28
1.5 - Demande de remboursement - Engagement financier .....	28
1.6 – Exclusions .....	28
1.7 – Prescription.....	29
1.8 – Subrogation .....	29
<b>2 - Assistance voyages/déplacements.....</b>	<b>29</b>
2.1 - Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé.....	29
2.2 - Immobilisation à l'hôtel.....	29
2.3 - Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire lors de son rapatriement ou transport sanitaire.....	29
2.4 - Rapatriement des membres de la famille.....	30
2.5 - Retour en cas de décès d'un parent proche .....	30
2.6 - Présence auprès du bénéficiaire.....	30
2.7 - Rapatriement du corps en cas de décès.....	30
2.8 - Accompagnement des enfants de moins de 15 ans .....	30
2.9 - Impossibilité de Conduire .....	30
2.10 - Avance des frais médicaux à l'étranger .....	31
2.11 - Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger.....	31
2.12 - Envoi de médicaments introuvables sur place.....	31
2.13 - Transmission de messages .....	31
<b>3 - Assistance juridique à l'étranger.....</b>	<b>31</b>
3.1 - Honoraires d'avocat .....	31
3.2 - Caution pénale .....	31

## **1 - GENERALITES**

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés, aux " bénéficiaires " tels que désignés ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

### **1.1 - Bénéficiaires**

- Toute personne ayant souscrit au contrat d'assurance collective Santé par l'intermédiaire de APG (Association Loi 1901 ; Déclaration Préfecture de Paris n° 80-1355 ; 31 avenue Rapp - 75007 Paris) auprès de la M.P.G.S (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales ; Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité ; immatriculée au RNM sous le N° 434 869 103 ; siège 19 rue de la Trémoille - 75008 Paris) ; dont le contrat est en vigueur et à jour de cotisation
- son conjoint, son concubin,
- leurs descendants fiscalement à charge.

### **1.2 - Définitions**

**DOMICILE** : Le lieu d'habitation ou de résidence principale inscrit sur le contrat complémentaire « Santé », associé à la convention d'assistance.

**ACCIDENT** : Toute lésion corporelle résultant de l'action violente et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

**MALADIE** : Toute altération de la santé médicalement constatée.

**MALADIE CHRONIQUE** : Se dit des maladies qui évoluent lentement et qui se prolongent.

**MALADIE GRAVE** : Maladie mettant en jeu le pronostic vital.

### **1.3 - Validité territoriale**

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, à plus de 25 Km du domicile de l'assuré et dans les pays du Monde Entier.

### **1.4 - Validité dans le temps**

Les prestations sont valables pendant la période de validité du contrat d'assurance auquel l'assistance est annexée.

### **1.5 - Demande de remboursement - Engagement financier**

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, G.A. doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ci-après ne donne lieu à aucun remboursement.

### **1.6 - Exclusions**

Outre les exclusions précisées ci-dessous, G.A. ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

G.A. ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui. Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du contrat.

Sont exclues : l'organisation et la prise en charge des frais de recherche en montagne, en mer, ou dans un désert.

Enfin, G.A. ne pourra en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les maladies mentales,
- les états de grossesse sauf complications imprévisibles, et, dans tous les cas, les états de grossesse après le 6ème mois,
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ou son séjour,
- les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore totalement guéries au moment du déplacement,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.).

Toutefois, dans ces différents cas, le bénéficiaire pourra demander à G.A. de faire effectuer pour son compte et à ses frais le retour au domicile.

Les médecins de G.A. devront être consultés et pourront éventuellement refuser l'intervention.

### **1.7 - Prescription**

Toute action découlant d'un abonnement G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

### **1.8 - Subrogation**

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

## **2 - ASSISTANCE VOYAGES/DEPLACEMENTS**

### **ASSISTANCE AUX PERSONNES**

Les prestations ci-après s'appliquent en cas d'accident, maladie ou décès du bénéficiaire lors de tout déplacement ou séjour effectué à titre privé ou professionnel. La durée des séjours à l'étranger ne peut excéder 60 jours dans le même pays.

### **2.1 - Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé**

Selon la gravité du cas, le transport est effectué sous surveillance médicale si nécessaire, par avion sanitaire spécial, avion de lignes régulières, train, wagon-lit ou bateau, ambulance, V.S.L. ou tout autre moyen adapté au cas considéré, jusque dans un service hospitalier en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, proche du domicile ou, si l'état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'au domicile.

En cas de maladie ou de blessure grave du bénéficiaire, l'assistance médicale est apportée par tous moyens appropriés, dont notamment :

- soit rapatriement au Centre médical le plus proche,
- soit rapatriement vers un autre Centre médical mieux équipé ou plus spécialisé situé dans le même pays ou dans un pays proche,
- soit rapatriement en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, directement ou indirectement, jusqu'à un centre hospitalier proche de son domicile et/ou jusqu'à son domicile en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion.

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur pistes de ski, à concurrence de 153 € (1 003,61 FF) TTC, les frais de recherche étant exclus.

Les modalités de l'assistance médicale sont décidées souverainement par les médecins de G.A., après contact avec le médecin traitant sur place.

### **2.2 - Immobilisation à l'hôtel**

Si le bénéficiaire malade ou blessé ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue pour des raisons médicalement justifiées et si son état ne nécessite pas une hospitalisation sur place, G.A. prend en charge, s'il y a lieu, ses frais de prolongation de séjour à l'hôtel, à concurrence de 46 € (301,74 FF) TTC maximum par jour pendant une durée de 10 jours maximum.

### **2.3 - Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire lors de son rapatriement ou transport sanitaire**

Pour permettre d'accompagner le bénéficiaire rapatrié ou transporté, G.A. met à disposition et prend en charge un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, pour une personne voyageant avec lui (membre ou non de sa famille).

#### **2.4 - Rapatriement des membres de la famille**

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son conjoint ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

#### **2.5 - Retour en cas de décès d'un parent proche**

Si le bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques, en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, de son conjoint, d'un ascendant, G.A. met à sa disposition et prend en charge un billet d'avion classe touriste et/ou de train 1ère classe, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, G.A. met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

#### **2.6 - Présence auprès du bénéficiaire**

Lorsque son état ne justifie pas ou empêche son rapatriement et si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée prévisible d'au moins 10 jours, (personne ne se trouvant avec lui sur place), G.A. met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, afin de se rendre à son chevet, ceci uniquement au départ de France Métropolitaine, des Antilles Françaises, de la Guyane ou de la Réunion.

Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 46 € (301,74 FF) TTC par jour les frais d'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 458 € (3 004,28 FF) TTC, les frais de nourriture et annexes n'étant pas pris en charge.

#### **2.7 - Rapatriement du corps en cas de décès**

En cas de décès du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion.

G.A. prend également en charge :

Les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.), le coût d'un cercueil le plus simple à concurrence de 763 € (5 004,95 FF) TTC.

Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires...) restent à la charge de la famille.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, G.A. organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frère ou soeur), si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, pour se rendre de son domicile en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 46 € (301,74 FF) TTC par jour les frais d'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 458 € (3 004,28 FF) TTC, les frais de nourriture et annexes n'étant pas pris en charge.

#### **2.8 - Accompagnement des enfants de moins de 15 ans**

Si le bénéficiaire malade, blessé ou décédé voyageait seul, accompagné d'enfants de moins de 15 ans, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, G.A. met à la disposition d'un proche résidant en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, ou d'une personne accompagnante, un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, pour se rendre auprès des enfants. En outre, G.A. organise et prend en charge le retour au domicile de ces enfants et de la personne accompagnante.

#### **2.9 - Impossibilité de Conduire**

Si à la suite du transfert / rapatriement médical ou du décès du conducteur les autres membres du groupe se trouvant sur place ne peuvent revenir au domicile par leurs propres moyens, G.A. met à leur disposition :

- soit un chauffeur qualifié,
- soit un titre de transport à une personne désignée, pour ramener le véhicule et le groupe.

Cette garantie peut également s'appliquer si le bénéficiaire malade ou blessé, n'étant pas en état de conduire, peut néanmoins voyager dans son véhicule selon l'avis formulé par le médecin de G.A.

Dans tous les cas, la consommation du véhicule, les péages, les frais de traversée par bateau ou bac, ainsi que les frais d'hôtel et restauration sont à la charge du bénéficiaire.

G.A. n'est pas tenue d'exécuter cet engagement s'il s'agit d'un véhicule qui n'est pas en parfait état de fonctionnement ou qui présente une ou plusieurs anomalies en infraction aux codes de la route français et internationaux.

### **2.10 - Avance des frais médicaux à l'étranger**

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation doivent être engagés à l'étranger, G.A. pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 7 623 € (50 003,60 FF) TTC par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.2. survenus pendant la durée de la présente convention.

### **2.11 - Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger**

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est obligatoirement affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 7 623 € (50 003,60 FF) TTC.

Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par G.A. au bénéficiaire, à son retour en France, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 16 € (104,95 FF) TTC sur le montant des remboursements dus par G.A.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
  - consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant la validité de l'abonnement,
  - occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible,
- les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 153 € (1 003,61 FF) TTC, sans application de la franchise absolue de 16 € (104,95 FF) TTC,
- les frais engagés en France,
- les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,
- les frais de rééducation.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.2. ayant un caractère imprévisible survenus pendant la durée de la présente convention.

### **2.12 - Envoi de médicaments introuvables sur place**

G.A. recherche et expédie par les moyens les plus rapides les médicaments nécessaires (à l'exclusion de médicaments et produits tels que contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques, etc.), prescrits médicalement et introuvables sur place, hors du territoire de l'Union Européenne., sous réserve de conditions d'intervention possibles. Le coût des médicaments reste dans tous les cas à la charge du bénéficiaire.

### **2.13 - Transmission de messages**

G.A. reçoit et transmet à leur destinataire en France Métropolitaine, dans les Antilles Françaises, la Guyane ou la Réunion, les messages à caractère urgent. Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié.

De même, G.A. pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à son intention.

## **3 - ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER**

Cette assistance s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que le pays d'origine).

### **3.1 - Honoraires d'avocat**

G.A. met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 763 € (5 004,95 FF) TTC.

### **3.2 - Caution pénale**

G.A. fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 7 623 € (50 003,60 FF) TTC. Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois au plus à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

COMMENT CONTACTER LA GARANTIE ASSISTANCE	
Téléphone : 01 53 21 24 70 Télécopie : 01 53 21 24 88 Télégramme : GASSIST PARIS France	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de la convention : 00000/1391
<b>IMPORTANT</b> : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.	

## SOMMAIRE

<b>1 – Généralités .....</b>	<b>33</b>
1.1 – Bénéficiaires .....	33
1.2 – Domicile .....	33
1.3 – Accident .....	33
1.4 – Maladie .....	33
1.5 - Maladie chronique .....	33
1.6 - Maladie grave .....	33
1.7 - Risque couvert .....	33
1.8 - Validité territoriale .....	33
1.9 - Validité dans le temps .....	33
1.10 - Demande de remboursement - Engagement financier .....	33
1.11 – Exclusions .....	34
1.12 – Prescription .....	34
1.13 – Subrogation .....	34
<b>2 - Assistance santé .....</b>	<b>34</b>
2.1 - En cas de maladie ou d'accident .....	34
2.1.1 - <i>En cas d'accident et d'urgence médicale</i> .....	34
2.1.2 - <i>Recherche d'un médecin (en France Métropolitaine y compris la Corse)</i> .....	34
2.1.3 - <i>Recherche de médicaments</i> .....	34
2.1.4 - <i>Recherche et envoi d'une infirmière</i> .....	34
2.1.5 - <i>Aide pratique en cas d'immobilisation du bénéficiaire au domicile</i> .....	35
2.1.6 - <i>Envoi d'objets laissés en France métropolitaine vers le Monde Entier</i> .....	35
2.1.7 - <i>Prise en charge complémentaire ou avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation engagés à l'étranger</i> .....	35
2.2 - En cas d'hospitalisation ou de décès .....	35
2.2.1 - <i>Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier</i> .....	35
2.2.2 - <i>Transfert à l'hôpital et retour au domicile</i> .....	36
2.2.3 - <i>Aide ménagère à domicile</i> .....	36
2.2.4 - <i>Assistance aux enfants</i> .....	36
2.2.5 - <i>Transfert des enfants en France métropolitaine</i> .....	36
2.2.6 - <i>Garde ou transfert des personnes dépendantes</i> .....	36
2.2.7 - <i>Garde des animaux de compagnie (chiens, chats)</i> .....	36
2.2.8 - <i>Présence au chevet du bénéficiaire d'un membre de la famille</i> .....	36
2.2.9 - <i>Séjour à l'hôtel d'une personne désignée</i> .....	36
2.2.10 - <i>Avance des frais d'inhumation</i> .....	37
2.2.11 - <i>Information à la famille en cas d'hospitalisation</i> .....	37
2.3 - En cas de maladie des enfants .....	37
2.3.1 - <i>Garde de l'enfant malade</i> .....	37
2.3.2 - <i>Garde au domicile de l'enfant</i> .....	37
2.3.3 - <i>Transfert à l'hôpital et retour au domicile</i> .....	37
2.3.4 - <i>Présence d'un proche parent</i> .....	37
<b>3 - Ecole à domicile .....</b>	<b>37</b>
<b>4 - Remboursement des frais de télévision .....</b>	<b>37</b>
<b>5 - Infos santé .....</b>	<b>38</b>
<b>6 - Infos vie pratique et juridique .....</b>	<b>38</b>
<b>7 - Infos fiscalité/patrimoine .....</b>	<b>38</b>

## **1 - GENERALITES**

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux « bénéficiaires » tels que désignés ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère, 75009 PARIS.

Pour l'application de la présente convention, on entend par :

### **1.1 - Bénéficiaires**

- Toute personne ayant souscrit un contrat d'assurance collective Santé à adhésion obligatoire auprès de la M.P.G.S,
- Son conjoint, son concubin,
- Leurs descendants fiscalement à charge.

### **1.2 - Domicile**

Le lieu d'habitation ou de résidence principale inscrit sur le contrat complémentaire « Santé », associé à la convention d'assistance.

### **1.3 - Accident**

Toute lésion corporelle résultant de l'action violente et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

### **1.4 - Maladie**

Toute altération de la santé médicalement constatée.

### **1.5 - Maladie chronique**

Se dit des maladies qui évoluent lentement et qui se prolongent.

### **1.6 - Maladie grave**

Maladie mettant en jeu le pronostic vital.

### **1.7 - Risque couvert**

Vie privée uniquement.

### **1.8 - Validité territoriale**

Les garanties offertes sont utilisables uniquement en France Métropolitaine, au domicile.

### **1.9 - Validité dans le temps**

Les prestations sont valables pendant la période de validité du contrat d'assurance auquel l'assistance au domicile est annexée.

### **1.10 - Demande de remboursement - Engagement financier**

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ci-après ne peut donner lieu à remboursement que si G.A. a été prévenue de cette procédure dans les meilleurs délais (et au plus tard dans la limite de 24 heures).

Dans ce cas, si ces frais sont justifiés, ils seront remboursés sur justificatifs originaux devant mentionner la référence du dossier, et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par G.A. si elle avait elle-même organisé le service.

Si le bénéficiaire souhaite, par convenance personnelle, le changement d'une destination, telle qu'elle résulterait de l'application des clauses de la présente convention, et si G.A. l'accepte, la participation financière de G.A. ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été maintenue.

### **1.11 - Exclusions**

Outre les exclusions précisées ci-dessous, G.A. ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Ne sont pas garantis :

- les suites d'un événement causé intentionnellement par le bénéficiaire,
- les suicides ou la tentative de suicide,
- la participation du bénéficiaire à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- la participation à des conflits armés, à des émeutes et mouvements populaires, à des actions de terrorisme ou de sabotage,
- les conséquences de maladie ou d'accident non déclarées sur la demande d'adhésion ainsi que celles survenues entre la date de la demande et la date d'effet,
- les maladies contractées et accidents survenus durant l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires,
- les actes effectués à titre préventif, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, les traitements esthétiques et leurs conséquences, les séjours de repos non pris en charge par le régime de base,
- la psychothérapie.

Le versement des prestations ne saurait constituer une renonciation à l'une des exclusions ci-dessus.

Toutefois, dans ces différents cas, le bénéficiaire pourra demander à G.A. de faire effectuer pour son compte et à ses frais le retour au domicile.

Les médecins de G.A. devront être consultés et pourront éventuellement refuser l'intervention.

### **1.12 - Prescription**

Toute action découlant d'un abonnement G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

### **1.13 - Subrogation**

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

## **2 - ASSISTANCE SANTE**

### **2.1 - EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT**

#### **2.1.1 - En cas d'accident et d'urgence médicale**

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant.

En France les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, G.A. communique au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

#### **2.1.2 - Recherche d'un médecin (en France Métropolitaine y compris la Corse)**

En l'absence du médecin traitant, G.A. aide à rechercher un médecin à l'endroit où se trouve le bénéficiaire en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence). En aucun cas, G.A. ne sera responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.

#### **2.1.3 - Recherche de médicaments**

En cas d'accident ou de maladie survenue au domicile, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, G.A. fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. G.A. fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même où ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.

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

A la demande du bénéficiaire, et sur prescription médicale, G.A. se charge de rechercher et d'envoyer une infirmière au domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales. Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

2.1.5 - Aide pratique en cas d'immobilisation du bénéficiaire au domicile

G.A. recherche et missionne une personne pour effectuer une démarche, une course pour aider aux actes de la vie courante, le coût total restant à la charge du bénéficiaire.

G.A. réserve un taxi ou une ambulance si le bénéficiaire est dans l'obligation de sortir.

G.A. organise le portage de la nourriture dans le commerce local (prise en note de la commande, livraison des plats à domicile). Les frais induits (y compris le portage) restent à la charge du bénéficiaire.

2.1.6 - Envoi d'objets laissés en France métropolitaine vers le Monde Entier (sous réserve de l'existence et du fonctionnement des liaisons postales)

Si le bénéficiaire a oublié en France métropolitaine un objet nécessaire à son séjour à l'étranger (exemple : médicaments introuvables sur place et indispensables, paire de lunettes de vue, appareils auditifs), G.A. lui fait parvenir cet objet qui lui aura été remis au préalable et à cet effet par un proche désigné par le bénéficiaire. Les frais d'envoi sont à la charge de G.A. avec un maximum de 77 Euros TTC par envoi. G.A. se réserve la liberté de juger du caractère indispensable des objets à envoyer et de vérifier la nature de l'objet.

2.1.7 - Prise en charge complémentaire ou avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie ayant un caractère imprévisible, survenant pendant la durée de validité du contrat.

**Les bénéficiaires sont assujettis à un régime français de Sécurité Sociale ou à un organisme français de prévoyance ou d'assurance :**

G.A. fait l'avance préalable contre dépôt d'une caution du montant de ces frais au moment de l'intervention à concurrence de 4 574 Euros TTC par bénéficiaire, pour une maladie ou un accident.

La Société, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engage alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes de Sécurité Sociale auxquels est affilié le bénéficiaire, et à reverser immédiatement à G.A. toute somme perçue par lui à ce titre.

G.A. prendra en charge le complément des frais non remboursés par les organismes de Sécurité Sociale ou tout autre organisme auquel est affilié le bénéficiaire ou ses ayants droit.

Cette prise en charge complémentaire intervient à concurrence de 4 574 Euros TTC par bénéficiaire, pour une maladie ou pour un accident.

Dans tous les cas, la prise en charge de G.A. ne saurait excéder 4 574 Euros TTC par bénéficiaire et par dossier.

**Les bénéficiaires ne sont pas assujettis à un régime français de Sécurité Sociale ou à un organisme français de prévoyance ou d'assurance :**

G.A. fait l'avance au bénéficiaire contre dépôt d'une caution en cas d'hospitalisation onéreuse, des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger à concurrence de 3 812 Euros TTC par bénéficiaire pour une maladie ou un accident.

La Société, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engage alors à fournir un chèque de paiement du montant avancé dans un délai maximum d'un mois suivant la demande.

Dans tous les cas, il n'est pas effectué de remboursement de moins de 16 Euros TTC par dossier.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
  - consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenu avant la validité de l'abonnement,
  - occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessures déjà connus avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible,
- les frais de prothèse : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 46 Euros TTC,
- les frais engagés en France ou dans le pays de résidence d'origine de l'abonné,
- les frais de cure thermale ou de séjour en maison de repos,
- les frais de rééducation.

**2.2 - EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE DECES**

2.2.1 - Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, G.A. organise la réservation d'une place en milieu hospitalier (public ou privé) dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire.

#### 2.2.2 - Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale, G.A. organise et prend en charge le transport en ambulance du bénéficiaire de son domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 km maximum.

A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise et prend en charge le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans les conditions normales de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 50 km du domicile).

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

#### 2.2.3 - Aide ménagère à domicile

Pendant, et/ou à la suite immédiate d'une hospitalisation du bénéficiaire de plus de 4 jours, G.A. recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pendant 20 heures réparties sur une semaine.

Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 H à 19 H.

G.A. prend en charge les frais ainsi occasionnés.

#### 2.2.4 - Assistance aux enfants

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire pendant la journée :

**Garde des enfants** : G.A. organise la garde de ses enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales. G.A. prend en charge cette garde de 7 h à 19 h (hors des dimanches et jours fériés) pendant 2 jours, soit 24 heures maximum.

Cette assistance est accordée également en cas de décès d'un des deux parents.

**Conduite des enfants à l'école** : Dans les mêmes limites qu'au paragraphe précédent (2 jours maximum), la garde d'enfant pourra si aucun proche ne peut se rendre disponible, conduire l'enfant à la crèche ou à l'école et retourner le chercher.

**Taxi** : G.A. recherche et missionne un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant dans le cadre de ses heures de garde. Les frais de taxi sont pris en charge par G.A. à concurrence d'un forfait de 77 Euros TTC par hospitalisation.

G.A. se réserve le droit de demander au bénéficiaire un bulletin d'hospitalisation.

#### 2.2.5 - Transfert des enfants en France métropolitaine

Si l'hospitalisation du bénéficiaire doit dépasser 2 jours, G.A. organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller et retour des enfants à charge de moins de 15 ans, par train 1ère classe ou avion classe touriste, chez une personne désignée par le bénéficiaire résidant en France métropolitaine et Monaco (l'accompagnement des enfants est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire),
- Soit la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine d'un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin qu'elle vienne au domicile du bénéficiaire pour effectuer la garde des enfants.

#### 2.2.6 - Garde ou transfert des personnes dépendantes

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire de plus d'une journée, G.A. organise et prend en charge :

- soit la garde des personnes dépendantes résidant sous le même toit que le bénéficiaire pendant 2 jours à raison de 12 heures par jour,
- soit leur transport chez un proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport d'un proche résidant en France métropolitaine jusqu'au domicile du bénéficiaire.

#### 2.2.7 - Garde des animaux de compagnie (chiens, chats)

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 2 journées, G.A. organise et prend en charge la garde à l'extérieur des animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 229 Euros TTC.

#### 2.2.8 - Présence au chevet du bénéficiaire d'un membre de la famille

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, supérieure à 2 jours, G.A. met à la disposition d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste afin qu'elle vienne à son chevet.

#### 2.2.9 - Séjour à l'hôtel d'une personne désignée

G.A. organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe ci-avant et prend en charge les frais réellement exposés pendant 2 nuits maximum à concurrence de 46 Euros TTC par nuit. Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe ci-avant (sauf accord exprès de G.A.).

2.2.10 - Avance des frais d'inhumation

G.A. fait l'avance contre dépôt d'une caution des frais d'inhumation du bénéficiaire à concurrence de 3 049 Euros TTC. Cette avance devra être remboursée à G.A. dans les 30 jours.

2.2.11 - Information à la famille en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, et à la demande du bénéficiaire, G.A. se chargera d'informer les personnes préalablement désignées par lui, quant à son hospitalisation et quant au lieu d'hospitalisation où elles seront susceptibles de prendre de ses nouvelles.

**2.3 - EN CAS DE MALADIE DES ENFANTS**

2.3.1 - Garde de l'enfant malade

G.A. se charge de rechercher, et d'envoyer au domicile du bénéficiaire un garde malade auprès de son ou ses enfants malades ou blessés de moins de 15 ans. Cette garde est effectuée et prise en charge pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents, à concurrence de 3 jours (12 heures consécutives par jour).

2.3.2 - Garde au domicile de l'enfant

Au cas où le bénéficiaire serait hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévisible, ou suite à maladie, accident ou hospitalisation de la nourrice employée et déclarée par le bénéficiaire, la garde de ses enfants bien portants de moins de 15 ans serait assurée dans les mêmes conditions qu'au paragraphe ci-dessus.

2.3.3 - Transfert à l'hôpital et retour au domicile

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'enfant convalescent à son domicile, en cas d'accident survenu au domicile et si après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant l'enfant ne peut être soigné sur place, G.A. organise et prend en charge le transport par ambulance de l'enfant de son domicile à l'hôpital le plus proche, sur prescription médicale, et ce, suite à un appel du bénéficiaire ou du garde malade missionné par G.A. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport de l'enfant par le SAMU.

A l'issue de l'hospitalisation de l'enfant définie ci-dessus, G.A. organise et prend en charge son transport de l'hôpital à son domicile, et l'intervention d'un garde malade en l'absence des parents, dans les mêmes conditions qu'au paragraphe ci-dessus.

2.3.4 - Présence d'un proche parent

A l'issue de la prestation de garde malade préalablement missionné et pour permettre au bénéficiaire de poursuivre son activité, G.A. organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche parent désigné par le bénéficiaire pour venir au chevet de l'enfant malade.

Cette prestation n'est organisée et prise en charge qu'au départ et qu'à destination de la France métropolitaine, Andorre et Monaco.

**3 - ECOLE A DOMICILE**

En cas d'accident ou de maladie subite (et non répétitive) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical) G.A. recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant 10 heures par semaine au maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances et hors jours fériés.

Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale.

L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1 525 Euros TTC.

**4 - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TELEVISION**

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.) et de toute hospitalisation répétitive pour une même cause.

G.A. rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 Euros TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à G.A. accompagnée impérativement de l'original de la facture des frais de télévision.

#### 5 - INFOS SANTE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi de 7 h à 21 h, G.A. communique aux bénéficiaires les renseignements qui leur sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

En dehors des heures d'ouverture du service, G.A. prend note de la demande du bénéficiaire et le rappelle dès la réouverture.

La vie courante

Les préparatifs d'un voyage

Informations spécialisées

L'un des médecins de G.A. :

- répond aux questions d'ordre médical ou diététique,

- peut indiquer les adresses des centres de cure spécialisés en France.

En aucun cas, il ne pourra s'agir de consultations ou de prescriptions médicales.

Il est précisé que la responsabilité de G.A. ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été demandés.

#### 6 - INFOS VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE

A la demande du bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures, G.A. recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été demandés.

- Les formalités administratives - papiers d'identité
- Le droit de la consommation
- L'enseignement/La formation
  - Les enfants/étudiants
  - La formation continue
- L'emploi/carrière
- Les enfants (loisirs, stages, vacances, clubs)
- Les vacances/loisirs
- L'automobile (permis, achat, vente, assurance, les routes...)
- Les animaux de compagnie (pensions, chenils, dressage)
- La cuisine
- La maison
- Les obsèques
- La santé
- Les personnes âgées
- Les impôts / fiscalité
- Justice - Défense Recours (à qui s'adresser)
- Famille/mariage/divorce/succession

#### 7 - INFOS FISCALITE/PATRIMOINE

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures, G.A. répond aux questions du bénéficiaire portant sur les thèmes suivants :

- Achat et vente immobiliers
- Construction
- Expropriation
- Copropriété
- Location
- Voisinage
- Fiscalité