

Le lien qui nous unit



NOTICE 2026 DU CONTRAT COLLECTIF À ADHESION FACULTATIVE

Renfort facultatif

**Cette notice d'information est destinée aux participants au contrat santé Néo Entreprises ou Sur Mesure
Elle définit les conditions d'affiliation, les cotisations et prestations en vigueur.**

INFORMATIQUE ET LIBERTES :

Les informations recueillies par Mutélios, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du contrat, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non-transmission rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels vous bénéficiez de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurances, opérateurs de tiers-payant, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Elles sont conservées par Mutélios pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

Vous avez donné votre consentement au traitement de vos données à caractère personnel, y compris celles concernant votre santé. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement effectué avant ce retrait.

Vous disposez du droit de demander à la mutuelle l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de ces données et d'un droit à leur portabilité. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données de la mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes : délégué à la protection des données - Mutélios – 93 A, rue Oberkampf – CS 91145 - 75553 PARIS CEDEX 11 – tel : 01 44 62 33 40 – dpo@mutelios.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent vous être communiquées soit directement soit par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés dont les coordonnées sont les suivantes : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Tél : 01 53 73 22 22.

Vous pouvez définir des directives générales ou particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Ces directives définissent la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, les droits rappelés ci-dessus.

DEMARCHAGE TELEPHONIQUE :

Mutélios recueille votre numéro de téléphone pour la gestion de votre adhésion.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr afin de ne pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique.

Le présent contrat a pour objet la mise en place au bénéfice des salariés du souscripteur d'une couverture collective et obligatoire « remboursement des frais de soins de santé ».

La couverture s'impose de plein droit dans les relations individuelles de travail à l'ensemble des salariés, en tant qu'élément du statut collectif applicable.

1. ASSUREUR DU CONTRAT

Mutélios est l'assureur des garanties FRAIS DE SANTÉ souscrites par votre employeur.

Mutélios est une mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la Mutualité dont le siège social est au 93A rue Oberkampf 75553 Paris cedex 11, et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 784 492 100.

Mutélios est soumise au contrôle et à la surveillance de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09).

Le Contrat est régi par le code de la Mutualité, les lois et règlements en vigueur. La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles est le français.

Votre entreprise en qualité de souscripteur et tous les bénéficiaires du présent contrat sont soumis aux dispositions des statuts de Mutélios.

À ce titre, votre entreprise est membre honoraire de Mutélios et les salariés adhérant au présent contrat sont membres participants de Mutélios.

2. BENEFICIAIRES

L'ensemble des salariés, quelle que soit la nature du contrat de travail (incluant les mandataires sociaux assimilés aux salariés en vertu de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale).

Toutefois, des dispenses d'adhésion peuvent être admises dans les cas limitatifs prévus par la réglementation en vigueur, notamment les articles L.911-7, D.911-2, D.911-3 et R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale et précisés le cas échéant dans l'acte juridique instituant les garanties en application de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Leurs ayants droit tels que définis ci-dessous peuvent bénéficier de la couverture :

- Son époux ou épouse,
- Son concubin ou concubine,
- Son partenaire avec le ou laquelle il a signé un PACS,
- Ses enfants âgés de moins de 18 ans,
- Ses enfants âgés de 18 ans jusqu'à un maximum de 28 ans:
 - s'ils sont en contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi,
 - s'ils poursuivent leurs études,
- Ses ascendants à charge fiscale,
- Ses enfants quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés,
- Toute personne figurant sur son attestation de droits à la sécurité sociale.

La couverture des ayants-droits est, selon le choix de l'entreprise, obligatoire ou facultative. (Voir TITRE II – CONDITIONS PARTICULIERES)

Vos garanties cessent :

- À la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur auprès de Mutélios,
- Au dernier jour du mois de la cessation de votre contrat de travail.

2.1/ CAS DES SALARIES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU - Ces dispositions ne s'appliquent pas dans le cas d'un contrat collectif facultatif autre que le contrat surcomplémentaire dit Contrat Renfort.

Lorsque la suspension du contrat de travail intervient pour cause de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien (total ou partiel) de salaire, soit à indemnités journalières complémentaires (financées en tout ou partie par l'employeur) le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties.

Dans ce cas, sa quote-part de cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération maintenue ou l'indemnisation, et l'entreprise maintient sa contribution.

Les garanties sont également maintenues au profit des salariés et de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans les autres cas de suspension de contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension des garanties et de l'obligation de cotiser.

Dans ce cas, le salarié peut continuer à bénéficier des garanties du régime, sous réserve du versement des cotisations correspondantes. À cet effet, il peut demander à MUTELIOS le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, le financement restant alors à sa charge exclusive et lui étant appelé directement.

2.2/ CAS DES ANCIENS SALARIES - Ces dispositions ne s'appliquent pas dans le cas d'un contrat collectif facultatif autre que le contrat surcomplémentaire dit Contrat Renfort.

2.2.1/ ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE (LA PORTABILITE)

La rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause ou le motif met en principe fin aux garanties ainsi qu'au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Toutefois, un maintien temporaire de la couverture est ouvert dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale sur la portabilité des garanties de prévoyance pour les chômeurs.

Bénéficiaires du maintien

Vous bénéficiez du maintien à titre gratuit de la couverture en cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien de la couverture n'est pas accordé :

- **en cas de licenciement pour faute lourde,**
- **en l'absence de prise en charge par le régime d'assurance chômage,**
- **si vous n'aviez pas de droits à couverture complémentaire ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.**

Le maintien de la couverture s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial lors de la cessation du contrat de travail.

Prise d'effet et durée du maintien

La couverture est maintenue à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée de maintien de la couverture, dite de portabilité, est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise, telle que déclarée par votre employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Garanties

Les garanties qui vous sont maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise pendant la période de maintien de la couverture. Par conséquent, toute évolution de la couverture en vigueur dans l'entreprise vous est applicable.

Cessation du maintien des garanties

Les garanties cessent :

- au terme de la durée maximale de maintien ;
- à la date de cessation de versement des allocations chômage ;
- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur auprès de MUTELIOS.

Vous pouvez demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui vous sont offertes par l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989.

Modalités d'information de l'Assureur – Justificatifs à fournir

Dès la rupture du contrat de travail ouvrant droit à maintien des garanties, votre employeur transmet à MUTELIOS, la demande de maintien des garanties Frais Médicaux que vous aurez remplie.

Vous devez impérativement adresser à MUTELIOS les justificatifs de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage :

- au plus tôt lors de la cessation de votre contrat de travail,
- puis avant le 5 de chaque mois.

Le service des prestations est subordonné à la justification de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage.

2.2.2/ AUTRES ANCIENS SALARIES (ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DECEMBRE 1989) - Ces dispositions ne s'appliquent pas dans le cas d'un contrat collectif facultatif.

Indépendamment du dispositif de portabilité, les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ont également la possibilité de demander à MUTELIOS de souscrire un contrat proposant des prestations identiques à celles du contrat collectif dont ils bénéficiaient au moment de la rupture de leur contrat de travail aux conditions tarifaires prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, mais sans maintien de participation patronale.

Si vous êtes dans cette situation, vous devez en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien des garanties.

Si vous décédez, vos ayants droit peuvent également demander à MUTELIOS à conserver une couverture identique dans un délai de six mois suivant votre décès. Dans ce cas, une couverture individuelle dont les garanties sont identiques à celles prévues par le présent contrat collectif est mise en place pour une période de douze mois à compter du décès. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

3. RESILIATION DU CONTRAT PAR VOTRE EMPLOYEUR

La résiliation du contrat collectif Frais de Santé dit « contrat socle » entraîne la fin des garanties.

Seuls les salariés et leurs ayants droit couverts par Mutélios au titre du « contrat socle » peuvent bénéficier des prestations liées à la souscription d'un contrat facultatif surcomplémentaire dit « contrat renfort » qui est indissociable du contrat socle. Par conséquent, la résiliation du contrat socle entraîne automatiquement la caducité du contrat surcomplémentaire.

Toutefois, vous pouvez continuer à adhérer à Mutélios dans le cadre d'une adhésion individuelle à condition d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis. Les conditions tarifaires applicables sont celles prévues à la date de la demande par Mutélios pour les adhésions individuelles.

4. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, le délai de prescription pour toute action dérivant du présent règlement est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où vous en avez eu connaissance, si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de votre ayant droit contre Mutélios a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous ou votre ayant droit.

La prescription est interrompue soit par la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit par la demande en justice, même en référé, non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit par une mesure conservatoire ou un acte d'exécution forcée ainsi que par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, vous étant adressé par Mutélios en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou adressé par vous ou votre ayant droit à Mutélios en ce qui concerne le règlement de la prestation.

5. RECLAMATIONS

Une Cellule Qualité de Service est en charge au sein de Mutélios du traitement des réclamations. Pour formuler une réclamation vous disposez de 3 possibilités :

- Adresser un courrier à Mutélios - Service Réclamation - 93A rue Oberkampf – CS 91145 - 75553 PARIS Cedex 11
- Adresser un mail à contact@mutelios.fr / Objet : Réclamation ou compléter le formulaire disponible dans l'espace personnel
- Téléphoner au Service Accueil au 01 44 62 33 40 (numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe). Dans ce cas, le réclamant est invité à formaliser sa réclamation par mail ou courrier s'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction.

Pour pouvoir être prise en compte, la réclamation doit préciser le motif de votre réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de votre réclamation.

La mutuelle accuse réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la demande. Dans ce courrier, la mutuelle explique comment accéder à la page internet dédiée au traitement des réclamations et rappelle la possibilité de saisir le médiateur et les modalités pratiques de sa saisine. Cet accusé de réception n'est toutefois pas envoyé lorsque la mutuelle répond par écrit à la demande dans ce délai.

La mutuelle s'engage à apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la demande. La mutuelle enregistre les réclamations écrites, les réponses apportées et suit leur traitement.

6. MEDIATION

Si vous avez tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus, vous pouvez recourir gratuitement à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige.

Les coordonnées du médiateur de la consommation dont relève Mutélios sont les suivantes :

*MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT
Centre d'Affaires Stéphanois SAS
IMMEUBLE L'HORIZON – ESPLANADE DE France
3 RUE J. CONSTANT MILLERET – 42000 SAINT-ETIENNE*

La demande doit être portée auprès du médiateur **dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réclamation écrite préalablement adressée à Mutélios.**

La demande ne peut être examinée par le médiateur de la consommation si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence. Dans ce cas, vous êtes informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de la demande de médiation.

Chaque partie a la faculté, à sa charge, de se faire représenter par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix à tous les stades de la médiation.

Chaque partie peut également solliciter l'avis d'un expert, dont les frais sont à sa charge.

En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.

7. JURIDICTION COMPETENTE

Les différends sont soumis aux tribunaux civils français territorialement compétents.

8. SUBROGATION

Si vous êtes victime d'un accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans votre action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la Mutuelle a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à votre intégrité physique.

9. PRESTATIONS

Sur <https://www.mutelios.com/actus-et-conseils>, vous trouverez différentes informations pour comprendre vos garanties et vos prestations.

Il vous sera remis lors de votre adhésion des informations sur le fonctionnement de l'assurance maladie, le parcours de soins coordonnés, les relevés de prestations, la télétransmission ainsi qu'un lexique des termes utilisés.

DROIT AUX PRESTATIONS DE MUTELIOS

Le droit aux prestations s'exerce pour les frais engagés à compter de la date de la prise d'effet du contrat.

Mutélios ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire de 2 € ;
- la majoration du ticket modérateur ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés en cas d'absence de choix d'un médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins ;
- le remboursement des franchises médicales et notamment celles sur les boîtes de médicaments.

Dans le cas d'un contrat collectif facultatif non responsable (dit le Renfort), le droit aux prestations est soumis à un délai de carence dans les conditions suivantes (Voir TITRE II – CONDITIONS PARTICULIERES) :

1. Le droit aux prestations est ouvert **sans délai de carence lorsque** :
 - l'adhésion prend effet simultanément à l'adhésion au contrat socle,
 - l'adhésion prend effet au premier janvier de chaque année,
 - l'adhésion prend effet le premier jour du mois civil suivant l'un des événements suivants : mariage, signature, d'un PACS, séparation ou divorce, décès, perte d'emploi du conjoint, naissance d'un enfant.
2. **Pour les autres cas, le droit aux prestations est soumis à un délai d'attente**, commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Pendant ce délai d'attente Mutélios n'est pas tenue au versement des prestations prévues par les garanties souscrites.

Le délai d'attente est de :

- 3 MOIS POUR :** Honoraires médicaux, Pharmacie, Analyses, Auxiliaires médicaux, Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux, Actes d'échographie et doppler, Actes d'imagerie, Optique, Acoustique, Appareillage, Orthopédie, Frais de transports, et Soins dentaires.
- 6 MOIS POUR :** Prothèses dentaires, Orthodontie, Hospitalisation médicale et chirurgicale, IVG, Chambre particulière, Lit d'accompagnant, Forfait hospitalier, Cure thermale, et Allocation décès.
- 10 MOIS POUR :** Allocation naissance

DECHEANCE DE GARANTIE EN CAS DE FRAUDE

Chaque partie doit exécuter le contrat de bonne foi. La Mutuelle est particulièrement vigilante à éviter les comportements portant atteinte à l'équilibre du contrat et à l'intérêt de la collectivité. La Mutuelle est en conséquence susceptible de procéder à un contrôle approfondi des pièces fournies et de solliciter des informations supplémentaires, en cas de suspicion de fraude.

Toute fausse déclaration intentionnelle sur l'existence, la nature, le montant d'une dépense de santé garantie, ou toute utilisation de moyens frauduleux, destinée à obtenir indument des prestations de la mutuelle vous priverait de tout droit à garantie pendant une période de douze mois sous réserve des obligations minimales de couverture prévues par les articles L911-7 et L871-1 du code de la sécurité sociale. Vous vous exposeriez également à des poursuites pénales, la mutuelle se réservant le droit de porter plainte.

SOINS A L'ETRANGER

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par Mutélios dans les conditions prévues au contrat s'ils sont pris en charge par le régime français de Sécurité Sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse. **Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.**

TIERS PAYANT ET PRISE EN CHARGE

Le tiers payant vous évite d'avancer l'argent de vos dépenses de santé. Votre carte mutualiste sert de justificatif pour en bénéficier auprès des pharmaciens, laboratoires, radiologues...

Ce service est gratuit, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de soins pratique le tiers payant pour la part prise en charge par le régime obligatoire et par la mutuelle.

Vous pouvez également bénéficier d'une dispense de paiement de la part mutuelle en matière d'optique, de dentaire, d'acoustique ou d'hospitalisation après avoir préalablement obtenu l'accord de Mutélios. Pour cela vous devez adresser le devis émis par le professionnel de santé au service prestations et demander une « prise en charge ». Mutélios décide souverainement d'accepter ou de refuser la demande de dispense de paiement.

A défaut de tiers payant ou de prise en charge, vous devez faire l'avance des frais et adresser à Mutélios les justificatifs nécessaires au remboursement précisés ci-dessous.

La cessation de l'affiliation/radiation met fin à tout droit à remboursement et donc au bénéfice du tiers payant. Vous devez en conséquence cesser d'utiliser votre carte de tiers payant.

Attention : L'utilisation des cartes de tiers payant après la cessation de l'affiliation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues est susceptible de caractériser le délit d'escroquerie conformément à l'article L313-1 du code pénal. Cela vous expose à une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende. Dans un tel cas, Mutélios réclamera le remboursement des sommes indument versées et se réserve le droit de porter plainte.



TÉLÉTRANSMISSION ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR

La plupart des dossiers de remboursement sont traités par télétransmission avec les Caisses de la Sécurité Sociale, ce qui évite l'envoi des décomptes à la Mutuelle. Toute opposition de votre part à la télétransmission doit être justifiée.

Dans un certain nombre de cas, vous devez nous transmettre des justificatifs de vos dépenses de santé, en indiquant votre numéro de Sécurité sociale (cf. Annexe 2 – Comprendre vos garanties et prestations).

La fourniture des justificatifs originaux peut être demandée à tout moment. Le versement des prestations peut être bloqué en l'absence de la fourniture des originaux par courrier.

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

La mutuelle a souscrit un contrat collectif assistance vie quotidienne auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud - RCS Nanterre N° 433 012 689 Tél 01 47 11 24 24). Les informations relatives à cette garantie figurent dans la notice établie par FILASSISTANCE INTERNATIONAL annexée à la présente notice. **Elle est incluse dans le contrat Socle « Base obligatoire » uniquement.**

TITRE II CONDITIONS PARTICULIERES

COUVERTURE DES AYANTS DROIT

L'ensemble des salariés, quelle que soit la nature du contrat de travail (incluant les mandataires sociaux assimilés aux salariés en vertu de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale) **couvrent à titre obligatoire leurs ayants droit** tels que définis ci-dessous. La couverture revêt un caractère obligatoire pour l'ensemble des bénéficiaires.

- Son époux ou épouse,
- Son concubin ou concubine,
- Son partenaire avec le ou laquelle il a signé un PACS,
- Ses enfants âgés de moins de 18 ans,
- Ses enfants âgés de 18 ans jusqu'à un maximum de 28 ans:
 - s'ils sont en contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi,
 - s'ils poursuivent leurs études,
- Ses ascendants à charge fiscale,
- Ses enfants quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés,
- Toute personne figurant sur son attestation de droits à la sécurité sociale.

Pour cela l'employeur souscripteur doit adresser à la mutuelle le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs de la situation d'ayant droit. Le salarié bénéficie de la couverture de ses ayants droit à compter du premier jour du mois suivant la réception de l'intégralité de ces documents sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par Mutélios et après vérification de ce que l'intéressé ne fait pas l'objet de mesures de gel des avoirs.

La cotisation correspondante à la couverture des ayants droit est intégralement à la charge du salarié.

Les cotisations sont appelées directement par Mutélios auprès du salarié. Les salariés doivent en conséquence payer la cotisation correspondant à leur situation familiale déclarée à MUTELIOS au titre du contrat socle.

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement à terme à échoir, le 10 du mois. Les cotisations sont payées par prélèvement direct sur le compte bancaire du salarié.

La couverture des ayants droit prend fin le dernier jour du mois au cours duquel l'ayant droit cesse de remplir les conditions ci-dessus.

CONTRAT RESPONSABLE

Les garanties respectent, dans la limite des prestations proposées, les dispositions relatives aux contrats responsables visées par les articles L.862-4 et L 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties seront adaptées de plein droit afin de rester à tout moment conformes à ces dispositions en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative ou de la jurisprudence.

Les conditions aux délais de carence ne s'appliquent pas (Voir 9. PRESTATIONS – CONDITIONS GENERALES).

ANNEXE 1 COMPRENDRE VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

SUR QUELLES BASES S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

CARACTERE INDEMNITAIRE

Les prestations assurées par la mutuelle correspondent, dans le cadre et les limites de la formule choisie, au montant de la somme restant à charge de l'assuré après remboursement par le régime de base de l'assurance maladie et l'intervention d'une éventuelle autre couverture complémentaire.

EXPRESSION DES GARANTIES HORS OPTIQUE ET AIDES AUDITIVES

Lorsque les garanties sont exprimées en pourcentage des frais réels ou de la base de remboursement de la sécurité sociale, le montant indiqué inclut la part de remboursement effectué par le régime obligatoire de Sécurité sociale.

Lorsque les garanties sont exprimées par un montant en euros, ce montant vient en sus du remboursement du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Lorsque le remboursement de Mutélios est plafonné, les forfaits et limites sont exprimés, sauf stipulation contraire, par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des plafonds, seuls sont remboursés les frais dont l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale impose la prise en charge et notamment :

- sur le poste soins courants : le ticket modérateur,
- sur le poste hospitalisation, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier,
- sur le poste dentaire, le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé.

Dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait annuel, le solde non utilisé pourra, dans le cas d'une nouvelle mise en jeu de la garantie, être utilisé pour un nouveau remboursement effectué au cours de la même année.

Le solde non utilisé n'est pas reporté sur l'année suivante.

En cas de transfert du contrat de travail entre entreprises du même groupe entraînant l'affiliation à un nouveau contrat collectif, tous les remboursements intervenus dans l'année, que ce soit avant ou après le transfert, sont pris en compte pour l'appréciation des forfaits et plafonds annuels de remboursement.

OPTIQUE MEDICALE

Le forfait de remboursement des équipements médicaux d'optique médicale à usage individuel s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré social (ticket modérateur) et s'applique par période de deux ans (à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de vue). Le membre participant ou l'ayant droit ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement, pour l'acquisition d'un équipement d'optique composé d'une monture et de deux verres, sur une période de deux ans (le délai de deux ans se calculant à partir de la date d'acquisition de l'équipement dans les conditions de la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale).

Si le plafond n'est pas atteint au cours de la période de référence, le solde n'est pas reporté sur la période de référence suivante en cas de renouvellement.

DISPOSITIFS MEDICAUX D'AIDES AUDITIVES

Le forfait de remboursement des frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré social (ticket modérateur) et s'applique par période de quatre ans dans les conditions prévues par la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Le membre participant ou l'ayant droit ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, sur une période de quatre ans (le délai de quatre ans se calculant à partir de la date d'acquisition de l'aide auditive précédente).

Si le forfait n'a pas été utilisé en tout ou en partie au cours de la même année, il ne sera pas reporté sur l'année suivante en cas de renouvellement.

100% SANTE

Lorsque la grille des garanties fait référence à des actes, soins, équipements « 100 % santé », il s'agit des actes, soins, ou équipements à prise en charge renforcée visés par les 3°, 4° et 5° de l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Pour plus d'information sur la réforme du 100% Santé, consultez notre site www.mutelios.com.

SOINS A L'ETRANGER

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par Mutélios dans les conditions prévues au bulletin d'adhésion s'ils sont pris en charge par le régime français de sécurité sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse. Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.

QUELLES SONT LES LIMITATIONS DE GARANTIE ?

Ne sont pas indemnisés par Mutélios les cures d'amaigrissement, de rajeunissement ou opération de chirurgie esthétique non prises en charge par la sécurité sociale.

Sont également exclus de la prise en charge par la Mutuelle les frais annexes tels que téléphone, boissons, blanchissage, etc.

Le fait que Mutélios ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et Mutélios est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

PERIMETRE DES GARANTIES, FORMALITES, JUSTIFICATIFS ET CONTROLE

Le périmètre de prise en charge des garanties ainsi que les justificatifs minimums à fournir pour obtenir le bénéfice des prestations sont détaillés en [ANNEXE 2](#).

Le bénéfice des prestations est conditionné à l'envoi d'une demande de remboursement à la mutuelle accompagnée des justificatifs précisés en annexe 2. Hormis les cas de télétransmission, la demande de remboursement est adressée au choix du salarié :

- Par courrier à Mutélios – service prestations – 93 A rue Oberkampf - CS 91145 75553 PARIS CEDEX 11.
- Par mail à contact@mutelios.fr
- Directement en ligne sur l'espace personnel du membre participant.

Seuls des documents originaux font foi. Afin de rendre plus fluides les transferts de documents, l'envoi de justificatifs de dépenses par mail ou via l'espace personnel du salarié sur le site mutelios.com (sous format PDF exclusivement) est toutefois toléré par la mutuelle.

Dans ce cas, l'assuré s'engage à conserver les originaux concernés pendant une période de 2 ans et à les fournir à la mutuelle sur simple demande. Le salarié est informé que la fourniture de justificatifs de dépense par mail au format pdf n'est pas suffisante pour que la mutuelle procède au remboursement d'une dépense et accepte en conséquence qu'un remboursement ne puisse être effectué par la mutuelle tant que les originaux correspondants n'ont pas été fournis.

Lorsque le versement des prestations intervient dans le cadre d'échanges de données informatisées, le salarié peut être dispensé de fournir lesdits justificatifs.

Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre la fraude, Mutélios peut demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre. Mutélios peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des soins et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.

Le versement des prestations est subordonné à la transmission de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle.

DELAJ DE DEMANDE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de paiement de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'acte.

ANNEXE 2

PERIMETRE DES GARANTIES ET JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Les informations données ci-après sont à vocation informative et ne peuvent prétendre à une totale exhaustivité. Seules les réponses données par la mutuelle et relatives à la situation spécifique d'un adhérent et de la garantie qu'il a souscrite font foi. En matière de justificatifs, seuls les plus courants sont listés dans ce document et la mutuelle peut subordonner son intervention à d'autres justificatifs si cela lui apparaît nécessaire.

Les achats de matériels couverts par les garanties et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge sauf exceptions mentionnées ci-dessous. Dans ce cas, la facture doit être libellée en français et en euros. Les achats de matériels couverts par les garanties et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge sauf exceptions mentionnées ci-dessous. Dans ce cas, la facture doit être libellée en français et en euros.

SOINS COURANTS	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	En secteur conventionné, les remboursements s'opèrent dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pénalités appliquées hors parcours de soins ne sont pas remboursées. En secteur non conventionné, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. <p>Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée.</p>
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ou techniques médicaux.	
Analyses et examens de laboratoire	Prélèvements, analyses biologiques médicales et examens de laboratoire y compris les prélèvements et actes effectués par le directeur de laboratoire	
Acte d'imagerie médicale, écho et doppler	Examens radiologiques (radiographie, mammographie, échographie, scanner, IRM, écho-doppler) et de médecine nucléaire (scintigraphie, TEP) pris en charge par la Sécurité sociale.	
Honoraires paramédicaux	Actes et soins infirmiers, sage femmes, pédicurie-podologie remboursés par le régime obligatoire, orthoptie, orthophonie et kinésithérapie.	
Psychologues partenaires dispositif « Mon Soutien Psy »	Consultations dispensées par un psychologue inscrit dans l'annuaire accessible sur le site monsoutienpsy.ameli.fr . L'orientation préalable par un médecin est souhaitable mais non obligatoire. 12 séances max par an et par bénéficiaire de 3 ans et plus.	
Pharmacie prescrite non remboursée	Médicaments non remboursés par le RO, prescrits par un médecin, inscrits dans le répertoire www.vidal.fr paragraphe « Médicaments », avec mention NR. Ne comprend pas la parapharmacie, sauf les injections intra-articulaires (traitement symptomatique de l'arthrose) et les granules homéopathiques.	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Automédication	Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume).	Fournir facture détaillée acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Médecines Alternatives et Complémentaires	Selon la liste prévue à votre tableau de garantie. Consultation réalisée par un praticien diplômé et non prise en charge par le RO. Les produits prescrits ne sont pas pris en charge dans ce forfait.	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées complètes du praticien et le diplôme de sa spécialité
Visite annuelle du sport	La visite médicale qui précède la délivrance d'un certificat médical pour la pratique d'une activité sportive est un acte de médecine préventive dont le coût n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale (article L.321-1 du code de la Sécurité sociale). Le médecin n'établira pas une feuille de soins mais une facture nominative. Remboursement dans la limite de la prestation prévue par la garantie	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées du praticien et la mention « Visite annuelle du sport »
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances d'activité physique adaptée	- Frais d'adhésion, de licence ou de séance auprès d'un club, d'une association ou d'une fédération pour la pratique d'une activité physique ou sportive. - Coachs en ligne délivrant des cours en direct à distance. - Stages sportifs durant les vacances scolaires. - Séances d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dispensées par des professionnels et personnes qualifiées. Les sports et fédérations reconnues sont ceux définis sur le site du ministère des sports. Les dépenses liées à l'achat de matériel ne sont pas prises en compte. La participation financière de la mutuelle est limitée à 90% du montant de la ou des facture(s) transmise(s) et ne peut excéder le forfait prévu dans votre tableau de garanties.	Fournir facture acquittée précisant l'activité physique ou sportive exercée, les coordonnées complètes de l'association, du club, de la fédération ou du professionnel de santé ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire.

SOINS COURANTS (suite)	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Participation aux activités de maintien du lien social et de l'autonomie	Frais d'adhésion ou de séance auprès d'un club ou d'une association pour la réalisation d'activités manuelles, culturelles, sportives ... collectives (hors activités culturelles). Abonnement ou achat de billets pour des activités culturelles hors du domicile (musée, théâtre, cinéma, ...). Reprise de leçon de conduite pour des bénéficiaires de plus de 50 ans.	Fournir facture nominative acquittée précisant l'activité exercée et les coordonnées complètes de l'association, organisme ou société ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire.
Traitement stérilité, Fécondation in Vitro (FIV)	Traitements et actes nomenclaturés, prescrits par un médecin spécialiste et non remboursés par le RO.	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée (pharmacie, laboratoire, hôpital)
Tests de grossesse	Tests de grossesses urinaires ou salivaires agréés CE et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture détaillée et acquittée de la pharmacie/ parapharmacie précisant en toutes lettres « Test de Grossesse » et les nom et prénom du bénéficiaire.
Actes de prévention non pris en charge par le RO	Sont pris en charge tous les actes de prévention figurant sur la liste des prestations de prévention fixées par le décret du 8/06/2006 (JO 18/6/2006). Sont également pris en charge les vaccins, les examens audiométriques non remboursés, les dispositifs de sevrage tabagique (voir précisions ci-dessous), les autotests de dépistage Covid-19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST et VIH (voir précisions ci-dessous), l'ostéodensitométrie non remboursés par le régime obligatoire, les protections hygiéniques réutilisables (voir précisions ci-dessous).	Fournir prescription médicale et facture détaillée et acquittée précisant nom et prénom du bénéficiaire.
Autotests	Autotest nasal Covid 19, autotest de glycémie capillaire pour le diabète, autotest à base de bandelette pour le cholestérol, autotest sanguin de Lyme, IST et VIH, agréés CE, et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture nominative et acquittée d'une pharmacie agréée par l'Ordre national des pharmaciens ou parapharmacie inscrite au Registre du Commerce en France et précisant clairement la nature de l'autotest acheté.
Protections périodiques réutilisables non remboursées.	Coupes menstruelles (cup), serviettes hygiéniques réutilisables, culottes menstruelles lavables (hors culottes de bain). La prestation est réservée aux femmes bénéficiaires des garanties de plus de 25 ans.	Fournir facture nominative, détaillée et acquittée. En cas d'achat à l'étranger seules les factures libellées en français et en euros sont acceptées.
Sevrage tabagique	Traitements par substituts nicotiniques prescrits et non remboursés par le RO : patch, gomme, pastille, inhalateur, cigarettes de substitution. Les cigarettes électroniques et les séances de laser ne sont pas prises en charge.	Fournir ordonnance du médecin et facture détaillée et acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire.
Psychologue infantile, psychomotricien pour enfants, aide à la parentalité et guidance parentale	Consultation réalisée par un praticien diplômé. Seules sont prises en charge les consultations pour les enfants mineurs pour les psychomotriciens et de moins de 3 ans pour les psychologues infantiles. Pour les adultes, seules sont prises en charges les consultations relatives à des problématiques de parentalité et de guidance parentale non prises en charge par le RO.	Fournir facture nominative précisant les coordonnées complètes du praticien, le diplôme de sa spécialité, la personne consultante et le type de consultation réalisée.
Contraceptifs masculins et féminins	Stérilet, préservatif, patch, anneau, spermicides, pilule non remboursée par le RO achetés en pharmacie ou parapharmacie. Les pilules doivent avoir été prescrites.	Fournir facture nominative détaillée de la pharmacie/parapharmacie et ordonnance du médecin pour la pilule contraceptive.
Petits appareillages et autres dispositifs médicaux.	Orthopédie, appareillages et accessoires acceptés par le RO, à l'exception des dispositifs d'optique médicale (lunettes), des aides auditives, des podos-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants et des véhicules pour handicapés. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Toute ou partie de certains appareillages non remboursés par le RO peuvent éventuellement être pris en charge dans le cadre d'un forfait annuel. Consultez votre tableau de garanties. Lorsque des appareillages à vocation familiale (tensiomètre, thermomètre...) non remboursés par le RO sont pris en charge par la mutuelle, cette prise en charge est limitée à un équipement par famille et par an.	Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle. En cas d'appareillage non remboursé pris en charge par la mutuelle fournir facture nominative acquittée donnant le détail de l'appareillage acquis.
Grands appareillages acceptés par le RO	Couvre uniquement les équipements acceptés par le RO : podo-orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et châssis acceptés par le RO. Le remboursement maximum total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR, le forfait complémentaire annuel et, à partir de la 3 ^{ème} année, le montant du « bonus fidélité » si votre garantie le propose.	Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle si délégation de paiement. Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.
Cures thermales prises en charge par le RO	Seules les dépenses engagées dans le cadre d'une cure prise en charge par le RO peuvent faire l'objet de remboursement. Hors thalassothérapie, balnéothérapie et cures thermales refusées RO. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Dans le forfait annuel seules sont prises en charge les dépenses d'hébergement et transport. Les soins sont pris en charge dans le poste honoraires de surveillance lorsqu'il existe et à hauteur d'un % de la BR dans tous les cas.	Fournir la facture acquittée d'hébergement + le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission. Pour les frais de transport, fournir selon le mode de transport utilisé carte grise + kilométrage effectué, billet de train ou de transport, justificatif de paiement divers (parking, péage...). Si l'adhérent ne paie que la part mutuelle nous fournir l'original de la facture acquittée. Si la cure est prise à 100% par votre régime obligatoire, fournir la facture nominative et acquittée d'hébergement et une attestation de cure.

SOINS COURANTS (suite)	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Cures thermales prises en charge par le RO	Seules les dépenses engagées dans le cadre d'une cure prise en charge par le RO peuvent faire l'objet de remboursement. Hors thalassothérapie, balnéothérapie et cures thermales refusées RO. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Dans le forfait annuel seules sont prises en charge les dépenses d'hébergement et transport. Les soins sont pris en charge dans le poste honoraires de surveillance lorsqu'il existe et à hauteur d'un % de la BR dans tous les cas.	Fournir la facture acquittée d'hébergement + le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission. Pour les frais de transport, fournir selon le mode de transport utilisé carte grise + kilométrage effectué, billet de train ou de transport, justificatif de paiement divers (parking, péage...) Si l'adhérent ne paie que la part mutuelle nous fournir l'original de la facture acquittée. Si la cure est prise à 100% par votre régime obligatoire, fournir la facture nominative et acquittée d'hébergement et une attestation de cure.
Plafond annuel soins courants	Certaines garanties complémentaires santé responsables intègrent un plafond annuel de remboursement pour les soins courants. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins courants ne peut pas excéder ce plafond. Lorsque celui-ci est atteint, seul le ticket modérateur continue à être remboursé, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	
Aides auditives	Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire recommandé et adapté par un audioprothésiste diplômé. La prise en charge intègre un réglage maximum par an et, par aide auditive. Les garanties indiquées comprennent la part remboursée par le RO. Certaines garanties intègrent un remboursement des accessoires et notamment des piles. Se reporter à votre tableau de garanties.	Demande préalable obligatoire de prise en charge auprès Viamédis si délégation de paiement. Fournir la prescription médicale, le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.

HOSPITALISATION	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires hospitalisation	Honoraires des actes chirurgicaux, anesthésiques, etc. réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire ou d'un séjour hospitalier	Pour être pris en charge, les dépassements d'honoraires doivent faire l'objet d'une facture détaillée et acquittée précisant la codification de l'acte et sa valeur ainsi que la participation du RO.
Frais de séjour hospitalisation médicale ou chirurgicale	Incluant les frais de séjours en psychiatrie	
Forfait journalier hospitalisation médicale ou chirurgicale	Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à une maternité, un accident ou une maladie à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique.	Dans le cas où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement, nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Forfait journalier psychiatrique	Séjour dans un établissement psychiatrique prescrit par un médecin habilité.	
Chambre particulière	Se reporter à votre tableau de garantie pour connaître le montant maximum remboursé par jour et le nombre maximum de jours de prise en charge. Sauf spécification contraire dans votre tableau de garantie, la prise en charge inclut la Chambre Particulière Psychiatrie. La chambre en hospitalisation ambulatoire (ou hospitalisation de jour) fait l'objet d'un montant et d'une durée de remboursement spécifiques. Consultez votre tableau de garantie.	Dans le cadre du déploiement prochain du dispositif technique ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires), à compter du 01/01/2023 la chambre particulière ne peut plus faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle et doit être acquittée par le patient. Fournir dans ce cas la facture nominative, détaillée et acquittée
Frais accompagnant bénéficiaire hospitalisé	Pour donner lieu à remboursement, l'accompagnant ayant acquitté les frais comme la personne hospitalisée doivent être bénéficiaires des garanties. Selon vos garanties, les frais d'accompagnants peuvent être limités aux seuls enfants de moins de 16 ans hospitalisés, aux seuls conjoints hospitalisés ou ouverts à tout bénéficiaire hospitalisé. Consultez votre tableau de garantie. Frais de lit d'accompagnant en hôpital y compris Maison de Parents, Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés et Hôtel Agréé Hôpital.	Fournir certificat nominatif d'hospitalisation, facture nominative, acquittée et détaillée et justificatif d'agrément hôpital en cas d'hôtel.
Franchise sur actes techniques médicaux lourds	Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif de convention ≥ 120 €	Dans le cadre où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Transport	Seuls les transports acceptés par le Régime Obligatoire sont pris en charge par la mutuelle. Par exception, certaines garanties peuvent prévoir un remboursement annuel de frais de transport non pris en charge. Dans ce cadre, seuls les transports nécessités par une hospitalisation et engagés par la personne hospitalisée sont pris en charge. Pour être remboursable, le coût du transport doit pouvoir faire l'objet d'une facture nominative acquittée par un professionnel du transport. Les frais de transport engagés avec son véhicule personnel (essence, parking...) ne peuvent être pris en charge.	Fournir un bulletin d'admission ou de situation et facture nominative acquittée précisant la qualité de professionnel du transport.

HOSPITALISATION (suite)	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Allocation naissance ou adoption	L'allocation ne couvre pas les enfants mort-nés. Selon les garanties, l'allocation est versée pour chaque enfant né/adopté ou avec doublement dans ce cas en cas d'adoptions ou naissances multiples. Se reporter à votre tableau de garantie. La prestation est soumise à un délai de carence de 3 mois. Le versement de la prestation est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat, dans les 60 jours suivants sa naissance ou son adoption.	Fournir l'original de l'acte de naissance ou copie du livret de famille pour l'enfant et les parents ou jugement d'adoption.
Plafond annuel hospitalisation	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'hospitalisation. Dans ce cas, le cumul de tous les montants remboursés au titre des garanties hospitalières ne peut pas excéder ce plafond. Tous les remboursements effectués par la mutuelle au titre des garanties hospitalières entrent dans le calcul du plafond. Lorsque celui-ci est atteint, et uniquement si la garantie souscrite est une garantie solidaire et responsable, seul le ticket modérateur et le forfait journalier (hors établissements spécialisés) continuent à être remboursés, les autres frais engagés (dépassements d'honoraires, chambre particulière...) n'étant plus pris en charge. Pour les garanties non responsables, aucun remboursement au-delà du plafond quelle que soit la nature de la dépense ne sera effectué.	

DENTAIRE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Soins et prothèses 100% santé	Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces honoraires limites de vente, les montants dépassant les honoraires limites de vente restent à votre charge.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée. <p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires (ex certificat de conformité de la prothèse).</p>
Prothèses dentaires autres que 100% santé remboursées par le RO	Le remboursement est différencié selon que la prothèse est sur dent visible ou invisible. Les dents invisibles sont les dents numérotées 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48. En cas de prothèse fixe ou amovible couvrant à la fois des dents visibles et invisibles, le remboursement est calculé sur la base des garanties prévues pour les prothèses sur dent visible.	
Orthodontie acceptée	La prise en charge intervient pour les traitements acceptés par le Régime Obligatoire quel que soit l'âge du patient. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et, à partir de la 3 ^{ème} année, le « Bonus Fidélité » si votre garantie le propose.	
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées	Ces actes dentaires hors nomenclature peuvent, selon les garanties souscrites, être pris en charge par la Mutuelle à concurrence d'un plafond annuel par bénéficiaire. Se reporter au tableau de garantie. Selon la garantie souscrite, un « bonus fidélité » peut, à partir de la 3 ^{ème} année être utilisé pour ce type de dépense. Ce bonus vient, le cas échéant, compléter le forfait annuel prévu au contrat.	<p>Selon la nature des soins réalisés, fournir facture d'honoraires nominative, détaillée et acquittée d'un professionnel de santé dentiste, chirurgien-dentiste ou orthodontiste.</p> <p>Fournir en complément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les implants : le plan de traitement, le passeport de chirurgie implantaire et/ou le passeport de prothèse supra-implantaire - Pour l'orthodontie : le plan de traitement - Pour les prothèses : le certificat de conformité incluant la fiche de traçabilité. <p>Tous ces justificatifs doivent être aux nom et prénom du bénéficiaire des soins.</p>
Maladie parodontale et endodontie	Le remboursement des frais occasionnés par une maladie parodontale est conditionné par la réalisation préalable d'un bilan parodontal.	
Orthodontie non remboursée	Prise en charge limitée à 4 semestres consécutifs ou non maximum. Le remboursement est effectué en fin de période de soins facturée. Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge. Seuls les soins réalisés par un orthodontiste peuvent être pris en charge. Les gouttières de blanchiment et de fluoration non remboursées ne sont pas prises en charge. Les gouttières orthodontiques sont prises en charge uniquement si la facture acquittée spécifie le type de gouttière, son usage et porte une codification TO.	<p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre.</p> <p>La mutuelle peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des travaux et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.</p>
Plafond annuel dentaire	Certaines garanties complémentaires santé responsables intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'ensemble des dépenses dentaires. Tous les remboursements effectués par la mutuelle au titre des garanties dentaires entrent dans le calcul du plafond (y compris remboursements au titre du 100% santé); Lorsque le plafond est atteint, seul le ticket modérateur et les dépenses 100% Santé continuent à être remboursés, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	

OPTIQUE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Equipements d'optique médicale 100% santé Y compris honoraires et suppléments éventuels	Tels que définis réglementairement. Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de vente fixés par arrêté pour chaque type de monture et de verre. Si le professionnel de santé dépasse ces prix limites de vente, les montants dépassant les prix limites de vente restent à votre charge.	
Equipement complet d'optique médicale autres que 100% santé	<p>Un équipement d'optique médicale comprend une monture et 2 verres. Le remboursement est limité à la prise en charge d'un seul équipement, par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, 1 an pour les moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</p> <p>Par dérogation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renouvellement est annuel pour les assurés de 16 ans et plus en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien ; - la période d'un an pas n'est pas opposable pour les jeunes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. <p>La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.</p> <p>Les prestations prévues dans votre tableau de garantie, comprennent la part remboursée par le RO et le ticket modérateur.</p> <p>La définition des catégories de La définition des catégories de verres est donnée par l'Arrêté du 3 décembre 2018.</p> <p>Verres simples = verres sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p> <p>Verres complexes = verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</p> <p>Verres très complexes = verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de verres et de correction.</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission.</p> <p>En cas d'évolution de la vue pour un adulte au cours de la période de 2 ans, fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ordonnance initiale de l'ophtalmologue, - nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue et/ou facture du magasin d'optique mentionnant l'évolution de la vue et détaillant le type de verres et de correction pour le 2ème équipement optique pour lequel est demandé le remboursement. <p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis (ex : bons de livraison)</p> <p>NB : La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans ; - 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ; - 3 ans, pour les patients âgés de + de 42 ans.
Lentilles et implants intraoculaires	<p>Pour les lentilles et implants intraoculaires non remboursés par le RO, seul le forfait annuel s'applique.</p>	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de lentilles et de correction</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission</p> <p>Pour les lentilles non remboursées par le RO fournir ordonnance valide et la facture acquittée et détaillée de l'opticien.</p> <p>La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de + 16 ans. <p>Ne sont pas pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les achats de lentilles de marques ou corrections différentes de celles spécifiées sur l'ordonnance - les achats de lentilles à l'étranger sauf si la facture est libellée en français et en euros
Forfait adaptation lentilles	<p>Le forfait doit être facturé par un ophtalmologue et sa prise en charge est limitée aux enfants de moins de 18 ans.</p>	<p>Fournir facture détaillée et acquittée de l'ophtalmologue mentionnant en toutes lettres « Forfait adaptation lentilles » et son montant.</p>

OPTIQUE (suite)	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO	Le forfait couvre les chirurgies oculaires non prises en charge par le RO. En cas de chirurgie prise en charge, se reporter selon le cas aux postes Hospitalisation ou Actes de Chirurgie réalisés en cabinet pour connaître les garanties. Le forfait est donné par œil. Tous les types de chirurgie correctrice de la vision sont pris en charge. Le bonus fidélité est annuel. Un seul bonus sera donné si les 2 yeux sont opérés la même année.	Fournir la facture acquittée et détaillée du praticien
Dispositif d'aide médicale optique	Achat de loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision... nécessité par une baisse importante de l'acuité visuelle.	Fournir ordonnance de l'ophtalmologue et facture nominative et acquittée du magasin d'optique détaillant le type de matériel acheté
Traitement DMLA	Traitement de prévention ou de soins d'une DMLA sèche ou humide et non remboursé par le régime obligatoire. Le forfait couvre les actes des professionnels de santé et les éventuels achats de produits.	Fournir ordonnance de l'ophtalmologue et facture nominative détaillée et acquittée.

ANNEXE 3 NOS ENGAGEMENTS QUALITE & SERVICES

A votre service

- **Télétransmission** avec toutes les caisses du Régime Général et les principales caisses de RSI, des régimes étudiants et fonctionnaires
- **Tiers payant étendu et national** : pharmacies, radios, laboratoires, infirmiers, kinésithérapeutes... 230 000 professionnels de santé
- Service de calcul préalable de vos remboursements
- Sur demande préalable, **Prise en Charge par la mutuelle** des dépenses importantes en optique, dentaire, auditif et hospitalisation lorsque le professionnel de santé n'accepte par le tiers payant
- 80% des remboursements en 72h
- Dispositif complet d'**action sociale** pour soutenir les adhérents en situation de fragilité
- Actions collectives de **prévention** pour sensibiliser les adhérents à la préservation de leur capital santé
- Dispositif « **Mon Soutien Psy** » : Psychologues partenaires du dispositif – 12 séances max/an
- **Téléconsultation** médicale 7J/7 24H/24
- Assistance « **Aide aux aidants** » Services à domicile, à aide au répit et soutien des proches aidants
- **2e Avis Médical** : « DEUXIEMEAVIS.Fr » - Service permettant aux adhérents – confrontés à des pathologies graves, rares ou invalidantes - de solliciter un deuxième avis médical en ligne rendu par un médecin expert en moins de 7 jours.

Pour vos salariés

- **Des relevés de prestations** trimestriels
- **Un espace adhérent** sur internet et l'application personnelle dotés de nombreuses fonctionnalités
- Un journal adhérent trimestriel
- Un service téléphonique Relations Adhérents dédié aux salariés ☎ 01 44 62 33 40
- **Une adresse mail unique** : contact@mutelios.fr pour échanger par mail et via l'application personnelle

Pour votre Entreprise

- **Un conseiller mutualiste unique** qui suit et accompagne votre entreprise tout au long de son contrat.
- **Des solutions sur mesure** et au meilleur coût en frais médicaux et en prévoyance (décès, invalidité, incapacité, dépendance)
- **Un espace Extranet personnel** à votre service (réservé aux correspondants que vous nous désignez) pour suivre votre contrat, vos cotisations, déclarer de nouveaux salariés...

VOTRE CONTACT

Mutélios - Service Commercial Entreprises

✉ : contact@mutelios.fr

☎ : 01 53 36 92 66

93A rue Oberkampf – CS 91145

75553 Paris Cedex 11

ANNEXE 4 NOTICE FILASSISTANCE



ANNEXE 5 : CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF D'ASSISTANCE n° FIC25SAN0100 MUTELIOS « Assistance Santé et Protection Juridique Santé »

MUTELIOS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 492 100, dont le siège social est situé 93A Rue Oberkampf - 75553 PARIS Cedex 11, a souscrit le contrat collectif n° **FIC25SAN0100** au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Les garanties de protection juridique sont assurées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex et gérées par le gestionnaire de protection juridique CIVIS situé au 90, avenue de Flandre, 75019 PARIS (RCS de PARIS n° 323 267 740).

Téléphone	09 77 40 32 90 / 09 69 32 24 75 (depuis la France) +33 09 77 40 32 90 / 09 69 32 24 75 (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

a. Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

b. Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0100** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé souscrit auprès de la **MUTELIOS**;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0100**.

I. DEFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une minuscule

reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Immobilisation : incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, consécutive à une Maladie ou un Accident et nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est

remis un billet de train, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

II. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1) Délivrance des prestations

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

En cas de rapatriement prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** suivant la date de survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

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

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement *a posteriori* ou au versement d'une indemnité compensatoire.

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

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de **FILASSISTANCE** ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2) Délivrance des prestations de protection juridique

Le Bénéficiaire doit déclarer à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, au numéro indiqué en début de notice et avant toute initiative, tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie, ou tout refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur **dans un délai de 60 jours** à compter de sa connaissance **sauf cas fortuit ou de force majeure, et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.**

Le Bénéficiaire communique immédiatement et ultérieurement, à la demande de **FILASSISTANCE** ou à la demande de son gestionnaire de protection juridique, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Les frais engagés avant cette déclaration sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ne seront pas pris en charge, à moins que le Bénéficiaire ne puisse justifier qu'une urgence légitimait leur engagement.

Cette déclaration devra parvenir à **FILASSISTANCE** avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert, ...), **sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, FILASSISTANCE serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans accord préalable.**

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le Bénéficiaire encourt une déchéance de garantie.

Le Bénéficiaire transmet au **GIE CIVIS - SERVICE DÉCLARATION DE LITIGE, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris** ou giecivis@civis.fr - toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

3) Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, **FILASSISTANCE** peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, **FILASSISTANCE** rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par **FILASSISTANCE** au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de **FILASSISTANCE**.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que **FILASSISTANCE** aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx, ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

4) Conditions d'ordre médical

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

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

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

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

5) Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

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

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

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

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

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

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

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

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

6) Conditions de prise en charge des Titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des

titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

7) Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

- **Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance**

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

- **Délai de remboursement de l'avance à Filassistance**

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

- **Sanctions**

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

III. TABLEAU DES GARANTIES

1 - PRESTATIONS ACCESSIBLES À TOUT MOMENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint

Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Renseignements divers dépannage	Informations téléphoniques
Renseignements voyage	Informations téléphoniques
Information santé	Informations téléphoniques

2 - PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint
- par Evènement : l'Accident, la Maladie

Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical en France	Mise en relation
Réservation de lit en milieu hospitalier et acheminement	Organisation sans prise en charge
Livraison de médicaments	Avance du coût des médicaments et prise en charge des frais de transport

3 - PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, CURIETHERAPIE, TRITHERAPIE OU QUADRITHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint
- par Evènement : la Maladie à l'origine du traitement oncologique

Aide à Domicile	2 heures maximum dans les 48 heures suivant chaque séance de soins dans la limite de 20 heures par Evènement
-----------------	---

4 - PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS, D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation, la grossesse

Aide à Domicile	10 heures maximum de travail effectif par Evènement réparties sur une période de 10 jours, à raison de 3 heures par jour maximum et dans les périodes précisées dans le détail des garanties de l'article IV.
Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans <ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile et conduite à l'école • <u>OU</u> Transfert chez un proche • <u>OU Venue</u> d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours consécutifs maximum par Evènement • 1 Titre de transport par enfant, par Evènement • 1 Titre de transport par Evènement
Garde ou transfert des personnes dépendantes <ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours consécutifs maximum par Evènement

<ul style="list-style-type: none"> • <u>OU</u> Transfert A/R chez un proche • <u>OU</u> Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Titre de transport par personne dépendante, par Evènement • 1 Titre de transport par Evènement
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement. <i>La prestation doit être mise en œuvre pendant l'Hospitalisation, l'Immobilisation ou le séjour en maternité.</i>
Transmission des messages urgents	

5 - PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation.

Présence d'un proche

1 Titre de transport par Evènement

6 - PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation, la grossesse.

Frais de télévision

10 jours maximum par Evènement

7 - PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent âgé de plus de 75 ans
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation.

Téléassistance

3 mois d'abonnement (Prévifil) par Evènement

8 - PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE AGE DE MOINS DE 15 ANS DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint
- par Evènement : la Maladie

Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans

30 heures maximum par Evènement

9 - PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- par Evènement : la Maladie ou l'Accident entraînant l'absence scolaire

Ecole à Domicile

10 heures par semaine maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, si nécessaire

10 - PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 15 ans

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile et conduite à l'école • OU Transfert A/R chez un proche • OU Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire | <ul style="list-style-type: none"> • 3 jours consécutifs maximum par Evènement • 1 Titre de transport par enfant, par Evènement • 1 Titre de transport par Evènement |
|---|--|

11 - PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s)
- par Evènement : le décès

Informations obsèques et aide dans les démarches	Informations téléphoniques
Aide à l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC maximum par Evènement
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 15 ans <ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile et conduite à l'école • OU Transfert A/R chez un proche • OU Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours consécutifs maximum par Evènement • 1 Titre de transport par enfant, par Evènement • 1 Titre de transport par Evènement
Garde ou transfert des ascendants <ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile • OU Transfert A/R chez un proche • OU Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours consécutifs maximum par Evènement • 1 Titre de transport par ascendant, par Evènement • 1 Titre de transport par Evènement
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement suivant le décès
Avance des frais d'inhumation	3 100 € TTC par Evènement
Rapatriement du corps (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	Frais réels
Retour anticipé du Conjoint du Bénéficiaire décédé (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	1 Titre de transport par Evènement

12 - PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT QUI DEVIENT L'AIDANT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent Aidant
- par Evènement : le fait de devenir d'Aidant, et l'Accident/Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation pour la garantie Auxiliaire de vie

Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville, remboursement de la 1^{re} consultation dans la limite de 70 € TTC par Evènement
Prise en charge temporaire du Proche parent aidé	Mise en relation

Auxiliaire de vie <i>en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie de l'Aidant</i>	10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement
Aide à la souscription d'un service de Téléassistance	Prise en charge des frais de mise en service et les 3 premiers mois d'abonnement (Prévifil) par Evènement
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance	Informations téléphoniques

13 – PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s)
- par Evènement : le litige

Informations juridiques	Informations téléphoniques
Protection juridique santé	20 000 € TTC maximum par Litige

IV. DETAIL DES GARANTIES

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1) PRESTATIONS ACCESSIBLES À TOUT MOMENT

Dans le cadre des garanties de cet article IV.1, il faut entendre
- par **Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint

a - Informations juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- Informations juridique
- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.
- Informations vie pratique
- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

b - Renseignements divers dépannage

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appel téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, ...
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 Km du Domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc...

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : **FILASSISTANCE** ne saurait en aucun cas recommander une entreprise, ni à fortiori être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.

c - Renseignements voyages

FILASSISTANCE fournit des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels le Bénéficiaire doit se rendre.

L'Equipe médicale de **FILASSISTANCE** est à sa disposition pour lui indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages selon les pays visités.

d - Information santé

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- informations générales sur les pathologies, les analyses médicales et les examens médicaux,
- la santé au quotidien : pharmacie, les gestes de secours, trousse de secours, automédication, vaccinations...,
- bien vivre : des informations en matière de prévention, de bien-être et de médecine du voyage,
- la mise en forme,
- la diététique.

2) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 2, il faut entendre

- par **Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint
- par **Evènement** : l'Accident, la Maladie

a. Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical en France

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, **FILASSISTANCE** apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

b. Réservation de lit en milieu hospitalier et acheminement

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation, à la demande du Bénéficiaire et en relation avec le médecin traitant, **FILASSISTANCE** peut aider à la recherche d'un lit en milieu hospitalier le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission.**

Sur prescription médicale et si le Bénéficiaire en fait la demande, FILASSISTANCE recherche une ambulance et organise le transport du Bénéficiaire malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation **sans aucune prise en charge financière.**

Si le retour au Domicile du Bénéficiaire doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si le Bénéficiaire en fait la demande **FILASSISTANCE** organise son retour, **sans aucune prise en charge financière.**

c. Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

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

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui **seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.**

3) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, CURIETHERAPIE, TRITHERAPIE OU QUADRITHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 3, il faut entendre

- par **Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint
- par **Evènement** : la Maladie à l'origine du traitement oncologique

a. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à

FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE.**

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 2 heures maximum dans les 48 heures suivant chaque séance de soins.**

Cette prestation est limitée à 20 heures par Evènement.

4) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS, D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 4, il faut entendre

- par **Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint
- par **Evènement** : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation, la grossesse

a. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures de travail effectif par Evènement réparties sur une période de 10 jours consécutifs maximum, à raison de 3 heures par jour maximum et selon le cas :**

- pendant l'Immobilisation au Domicile à compter de la date de début de l'Immobilisation prescrite figurant sur le certificat médical,
- pendant ou dès la fin de l'Hospitalisation, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé,
- pendant ou dès la fin du séjour en maternité, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de la maternité.

b. Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants ou petits-enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 3 jours consécutifs maximum par Evènement**
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par enfant, par Evènement**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

c. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si personne ne peut s'occuper des personnes dépendant du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restées seules, **FILASSISTANCE** organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite 3 jours consécutifs maximum par Evènement**
- OU le transfert des personnes dépendantes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par personne dépendante, par Evènement**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

d. Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la garde des Animaux de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux.

La prise en charge de cette garantie est limitée à **30 jours maximum par Evènement.**

La prestation doit être mise en œuvre pendant l'Hospitalisation, l'Immobilisation ou le séjour en maternité.

e. Transmission des messages urgents

FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents aux proches du Bénéficiaire.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande,
- une expression claire et explicite du message à retransmettre,

- une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

De même, **FILASSISTANCE** se charge de communiquer les messages urgents laissés par les proches au Bénéficiaire.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire ou de ses des proches.

5) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 5, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint,
- **par Evènement** : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation.

a. Présence d'un proche

en mettant à sa disposition un **Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre auprès du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,

6) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 6, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint
- **par Evènement** : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation, la grossesse.

a. Frais de télévision

FILASSISTANCE prend en charge les frais de location d'un téléviseur lors du séjour à l'hôpital ou en maternité du Bénéficiaire dans la limite de **10 jours par Evènement**.

7) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 7, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'Adhérent âgé de 75 ans et plus
- **par Evènement** : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation.

a. Téléassistance

FILASSISTANCE proposera à l'Adhérent ou **âgé de 75 ans et plus ayant été hospitalisé**, la mise à disposition et la prise en charge d'un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) pour sécuriser sa convalescence pour une durée **de 3 mois maximum par Evènement** à compter de son **retour au Domicile**.

Au-delà de 3 mois, l'Adhérent ou aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

8) PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE AGE de moins de 15 ans DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 8, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint
- **par Evènement** : la Maladie

a. Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans

charge la garde à Domicile jusqu'à 30 heures maximum par Evènement.

Si un problème médical imprévu oblige un des enfants du Bénéficiaire à garder la chambre alors qu'aucune personne ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en

Un certificat médical justifiant la nécessité du maintien à Domicile sera demandé dans le cadre de la mise en œuvre de la garantie.

9) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 9, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint
- **par Evènement** : la Maladie ou l'Accident entraînant l'absence scolaire

a. Ecole à Domicile

Cette prestation ne s'applique pas aux absences découlant d'une situation de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

En cas d'absence scolaire pour raison médicale **supérieure à 15 jours**, FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du **16^{ème} jour** calendaire d'absence de l'enfant du Bénéficiaire, le soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie.

Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, dans la limite de à raison de 10 heures par semaine au maximum et ce, jusqu'à la fin de l'année en cours, si nécessaire.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes :

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

- un certificat médical constatant que l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas de se rendre dans son établissement scolaire est adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE,
- un ou plusieurs répétiteurs est disponible dans un rayon de 25 Km autour du lieu où se trouve l'enfant.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

10) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV.10, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint
- **par Evènement** : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

a. Garde ou transfert des autres enfants âgé de moins de 15 ans

En cas d'Hospitalisation de l'un des enfants nécessitant la présence à son chevet du Bénéficiaire, si les autres enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par l'autre parent pour des raisons professionnelles, FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- soit leur garde au Domicile du Bénéficiaire **sur une période de 3 jours consécutifs maximum, ainsi que leur conduite à l'école pendant ces 3 jours ;**
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- soit le transfert d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile

Bénéficiaire en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

11) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 11, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s)
- **par Evènement** : le décès

a. Informations obsèques et aide dans les démarches

FILASSISTANCE répond aux questions relatives aux démarches et formalités administratives, communique des informations pratiques sur les coûts et disponibilités des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc., ainsi que des informations portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

b. Aide à l'organisation des obsèques

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

c. Accompagnement dans les déplacements

FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement du Conjoint du Bénéficiaire lorsqu'il doit se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 150 € par Evènement**.

d. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 15 ans

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 3 jours consécutifs maximum par Evènement**
- **OU** le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par enfant, par Evènement**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**}

e. Garde ou transfert ascendants

FILASSISTANCE organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite 3 jours consécutifs maximum par Evènement**
- **OU** le transfert des personnes dépendantes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par personne dépendante, par Evènement**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement**.

f. Garde des Animaux de compagnie

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde des Animaux de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux.

La prise en charge de cette garantie est **limitée à 30 jours maximum par Evènement**.

La prestation doit être mise en œuvre dans les 30 jours suivant le décès du Bénéficiaire.

g. Avance des frais d'inhumation

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE accorde une avance aux proches du Bénéficiaire décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

L'avance est consentie dans la limite de de 3 100 € maximum par Evènement.

h. Rapatriement de corps

En cas de décès du Bénéficiaire en France à plus de 100 Km du Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),

12) PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT QUI DEVIENT AIDANT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 12, il faut entendre

- **par Bénéficiaire** : l'Adhérent Aidant
- **par Evènement** : le fait de devenir d'Aidant, et l'Accident/Maladie à l'origine de l'Hospitalisation/Immobilisation pour la garantie Auxiliaire de vie

a. Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Aidant ou d'un proche de l'Aidé, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Aidé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Aidant ou le proche de l'Aidé pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Aidant ou le proche de l'Aidé à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance

- le coût d'un cercueil le plus simple ou d'une urne pour le transport des cendres.

Si la crémation a lieu sur le lieu de décès, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'urne funéraire.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge des proches du défunt.

Le choix des sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de FILASSISTANCE. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, FILASSISTANCE peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre.

Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par FILASSISTANCE.

i. Retour anticipé du conjoint du Bénéficiaire décédé

En cas de décès du Bénéficiaire en France à plus de 100 Km du Domicile, FILASSISTANCE met à la disposition de son Conjoint un Titre de transport par Evènement.

ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Aidant ou le proche de l'Aidé le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

b. Accompagnement psychologique

L'Aidant peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée (à concurrence de 3 entretiens téléphoniques maximum par

Evènement) et/ou l'orientera si nécessaire vers un professionnel assurant une prise en charge psychologique.

FILASSISTANCE remboursera la première consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC par Evènement.

c. Prise en charge temporaire du Proche parent aidé

Lorsque l'Aidant doit s'absenter, **FILASSISTANCE** recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

FILASSISTANCE informera l'Aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréés pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant, **FILASSISTANCE** établira un plan d'aide à Domicile et organisera des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Aidant.

d. Auxiliaire de vie

En cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie de l'Aidant **FILASSISTANCE** met à disposition et prend en charge une Auxiliaire de vie, à concurrence de 10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement.

Un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de l'Aidant et de son Proche parent aidé, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

e. Aide à la souscription d'un service de Téléassistance

A la demande de l'Aidant ou de l'Aidé, **FILASSISTANCE** met à disposition et prend en charge un service de Téléassistance à domicile (Prévifil) **pour une durée de 3 mois maximum**. Au-

delà de cette période, le Bénéficiaire aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

f. Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance

A la demande de l'Aidant ou de l'Aidé, un professionnel de l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.).

V. PROTECTION JURIDIQUE

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1^{er} août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 est régie par le Code des assurances. La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée au **GIE CIVIS**, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de PARIS, sous le n° 323 267 740.

Dans le cadre des garanties de protection juridique, il faut entendre par Bénéficiaire : L'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s)

Le cas échéant, ses droits sont exercés par son représentant légal.

Lorsque le Bénéficiaire est hors d'état de manifester sa volonté, privé de discernement, en cas de trouble de la conscience notamment, ses droits peuvent être exercés par ses ayants droits, son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité, voire par la personne de confiance valablement désignée par le Bénéficiaire dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Hors l'hypothèse de la demande adressée directement par le Bénéficiaire, la mise en œuvre de la clause est expressément motivée par l'intérêt du Bénéficiaire ; à défaut FILASSISTANCE pourra refuser sa garantie.

DEFINITIONS SPECIQUES AUX GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

Acte médical : Consultation, traitement, intervention chirurgicale, soin y compris prestation de nature hôtelière, délivrance de prescription ou vente de médicaments, dispensé(e) ou effectué(e) :

- par un professionnel de santé libéral ou salarié, dont le diplôme est régulièrement enregistré auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, ou exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises: médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audioprothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien,
- par un établissement de santé (hôpital, clinique, centre de rééducation fonctionnelle, centre de cure, maison de retraite médicalisée, ...), et analyse médicale effectuée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Action de groupe : Action en justice, visée par la loi, menée devant une juridiction civile par une association représentative et agréée, pour le compte d'un groupe de personnes qui sont impliquées dans un Litige similaire et identique, en vue de l'indemnisation de leur préjudice.

Conflit d'intérêts : Lorsque FILASSISTANCE doit simultanément défendre les intérêts du Bénéficiaire et ceux d'un Tiers.

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

Déchéance : Perte du droit à la garantie.

Dépens : Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Frais irrépétibles : Sommes exposées par une Partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les Dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

Infection nosocomiale : infection contractée lors d'un séjour dans un établissement de santé.

Litige (ou sinistre) : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le Bénéficiaire à un (des) Tiers ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés à l'article « **Litiges garantis** » ci-après et conduisant le Bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

Mode alternatif de règlement des différends (MARD) : Voie alternative de résolution amiable des Litiges regroupant la conciliation, la médiation et la procédure participative.

ONIAM : l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et des infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

Produit de santé : Produit utilisé dans le cadre de l'activité de diagnostic, de prévention ou de soins (exemples : médicaments, prothèses, produits sanguins,...).

Professionnel de santé : médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électroradiologue ou diététicien.

Seuil d'intervention : Enjeu financier du Litige en principal en dessous duquel **FILASSISTANCE** n'intervient pas et dont le montant est fixé à :

- **200 € pour une procédure amiable**
- **500 € pour une procédure judiciaire.**

Tiers : Personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui est opposée au Bénéficiaire. **FILASSISTANCE**, **CIVIS**, les partenaires qui interviennent lors de la mise en œuvre des garanties d'assistance de la présente notice et **MUTELIOS** n'ont pas la qualité de tiers.

LITIGES GARANTIS

Seuls sont garantis les Litiges dont la survenance est incertaine à la date d'adhésion du Bénéficiaire au Contrat.

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire les moyens juridiques et financiers qui lui sont nécessaires pour le renseigner, l'assister et le défendre, afin de faire valoir ses droits et les faire exécuter, en cas de Litiges précisés ci-dessous.

Sous réserve des limitations et exclusions prévues par les présentes conditions générales, **FILASSISTANCE** intervient quand un Litige survient dans les domaines suivants :

SANTE :

- Litige opposant le Bénéficiaire à un Professionnel de santé, à un établissement de santé, un laboratoire d'analyses de biologie médicale, ou à une entreprise de transport sanitaire agréée, à un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé consécutif à :
 - un accident médical survenu à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,

- une affection iatrogène ou une Infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,
 - un refus de communication du dossier médical ou une information médicale insuffisante,
 - une erreur médicale fautive,
 - un recours à des produits défectueux.
- Litige opposant le Bénéficiaire à un organisme de sécurité sociale d'assurance maladie, vieillesse ou prévoyance, relatif à :
 - un refus de remboursement de prestations de santé ;
 - un refus de remboursement de soins médicalement prescrits ou un refus d'entente préalable ;
 - un désaccord sur le calcul de la pension de retraite ;
 - un désaccord lié à l'état ou au taux d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'inaptitude à l'égard des avantages de vieillesse.

GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

1) Informations juridiques

En complément de la garantie de Protection juridique, **FILASSISTANCE** et son gestionnaire mettent à disposition du Bénéficiaire son service d'information juridique en lien avec le Litige garanti.

Ses juristes répondent par téléphone aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire que le Bénéficiaire se pose du **lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 par téléphone et par Internet 24h/24 sur le site www.civis.fr**.

2) Service protection juridique

2.1. Gestion aimable du dossier

En cas de survenance d'un Litige garanti et dans les limites prévues à l'article « **Montants garantis** » ci-après, **FILASSISTANCE** et son gestionnaire interviennent aux côtés du Bénéficiaire afin de faire valoir ses droits et mettre en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Les prestations mises en œuvre au profit du Bénéficiaire prennent notamment la forme :

- **Avis et conseil** sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts,
- **Assistance** (ou représentation) du Bénéficiaire dans ses démarches amiables : aide dans la constitution de son dossier, le rassemblement des éléments de preuve, la formulation de sa réclamation, la négociation avec son adversaire.

Concernant spécifiquement les Litiges relatifs à la santé du Bénéficiaire, il sera également en relation avec le médecin conseil, dont la démarche sera d'optimiser le règlement amiable de ce type de Litige, en relation avec le professionnel de santé concerné.

Si le Bénéficiaire est informé que le tiers est assisté d'un avocat ou si **FILASSISTANCE** en est lui-même informé, le Bénéficiaire devra également être assisté par un avocat.

Si **FILASSISTANCE** ne parvient pas à une issue amiable, le Bénéficiaire sera guidé soit vers :

- Un mode alternatif de règlement des différends (conformément à la loi de programmation de la Justice 2018-2022) ;
- Une procédure judiciaire, selon la nature et l'enjeu du Litige.

2.2. Accompagnement en cas de procédure

Si le Litige entre en phase judiciaire, ou en cas de conflit d'intérêts, conformément à l'article L.127-3 du Code des Assurances, **FILASSISTANCE** s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le Bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le Bénéficiaire pourra demander à **FILASSISTANCE**, par écrit, de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

Le Bénéficiaire aura la direction du procès, **c'est-à-dire la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure**, avec l'assistance de **FILASSISTANCE** s'il le souhaite.

FILASSISTANCE et le gestionnaire s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

3) Montants garantis

• GENERALITES

FILASSISTANCE réglera directement les honoraires et frais des mandataires, **à concurrence des montants indiqués ci-après**.

Il appartiendra au Bénéficiaire de son côté de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

Les frais de consultation ou d'acte de procédure que le Bénéficiaire aura engagés sans accord préalable de FILASSISTANCE ne seront pas pris en charge, sauf si le Bénéficiaire peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable de FILASSISTANCE sur la prise en charge des frais

et honoraires liés aux actions ou voies de recours que le Bénéficiaire entendra exercer afin de lui permettre au travers de la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

À défaut d'un tel accord préalable, FILASSISTANCE ne prendra pas en charge ces frais et honoraires.

FILASSISTANCE ne prend jamais en charge :

- Les amendes et les sommes de toute nature que le Bénéficiaire serait dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) Tiers.
- Les frais et Dépens engagés par le(s) Tiers et mis à la charge du Bénéficiaire.
- Les honoraires de résultat.
- Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait du Bénéficiaire.
- Les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) Tiers.
- Les frais engagés sans l'accord de FILASSISTANCE.

Les montants indiqués ci-après incluent, outre les honoraires et la TVA, les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal judiciaire).

Ils n'incluent pas les frais d'actes de Commissaire de Justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le Tribunal de Commerce.

Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est-à-dire lorsqu'un avocat succède, à la demande du Bénéficiaire, à un autre avocat pour la défense de ses intérêts, ou s'il fait le choix de plusieurs avocats.

• **PLAFONDS D'INDEMNISATION**

Dans la limite de 20 000 € TTC par Litige garanti

Seuil d'intervention :

- 200 € pour une procédure amiable
- 500 € pour une procédure judiciaire.

L'ensemble de ces règlements ne pourra excéder un montant de 20 000 € par Litige garanti quel que soit le stade des démarches (amicales ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires mis en cause par le Bénéficiaire dans le cadre du Litige.

FILASSISTANCE intervient dès lors que l'intérêt du Litige opposant le Bénéficiaire au Tiers est supérieur au Seuil d'intervention.

SANTE

S'il est nécessaire de faire appel à un médecin expert, afin de compléter le dossier du Bénéficiaire ou de l'assister dans le cadre d'une expertise (amiable ou judiciaire), la prise en charge au titre de ces honoraires et frais de cabinet interviendra **dans la limite de 800 € TTC par intervention.**

Ce que FILASSISTANCE INTERNATIONAL règle à l'avocat intervenant pour le compte du Bénéficiaire	
Assistance au stade amiable (en cas d'assistance du tiers par un avocat et hors MARD)	
- Règlement amiable conclu	450 €
- Règlement amiable non obtenu	200 €
Modes alternatifs de règlement des différends	
- Conciliation ordonnée par le juge	300 €
- Médiation conventionnelle (frais de l'avocat)	500 €
- Médiation conventionnelle (frais du médiateur)	500 €
- Procédure participative par avocat	400 €
Tribunal judiciaire, Administratif, des Affaires de la Sécurité sociale et cours d'appel (au fond)	800 €
Constitution de partie civile	380 €
Liquidation des intérêts civils	460 €
Assistance à expertise, mesure d'instruction	245 €
Référé	440 €
Toutes autres juridictions, procédures ou commissions	380 €
Transactions amiables au stade judiciaire	Plafond prévu pour la juridiction concernée
Cour d'Assises, Cour de Cassation, Conseil d'État	2 000 €

Action de groupe : si la demande du Bénéficiaire en vue de la réparation de son préjudice individuel est exercée dans le cadre d'une Action de groupe, **FILASSISTANCE** rembourse au Bénéficiaire les sommes restées à sa charge, après réception des pièces justificatives (document(s), décision(s), facture(s) acquittées(s)), dans les limites suivantes :

- Honoraires et frais de l'avocat mandaté à ce titre par l'association représentative agréée (pour l'ensemble de ses interventions, montants HT) :
 - **Tribunal judiciaire : 300 €,**
 - **Cour d'Appel : 300 €.**
- Frais de toutes natures engagés par l'association représentative agréée :
 - **Montant forfaitaire de 100 € pour l'ensemble des phases de l'Action de groupe**, depuis sa définition et son engagement de l'Action de groupe jusqu'à l'indemnisation finale des lésés ou la cessation du trouble, à l'exclusion des frais d'adhésion à l'association.

- Sans rédaction d'un procès-verbal	50 % du plafond prévu
- Avec rédaction d'un procès-verbal	100 % du plafond prévu

CLAUSES SPECIFIQUES AUX GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

1) Territorialité

Sauf stipulation expresse contraire, la garantie de protection juridique s'exerce dans le cadre de tout Litige visé à l'article « **Litiges garantis** » ci-avant et relevant de la compétence territoriale et matérielle des juridictions françaises.

2) Arbitrage en cas de désaccord

En cas de désaccord entre **FILASSISTANCE** et le Bénéficiaire au sujet des mesures à prendre pour régler le Litige, deux options s'offrent au Bénéficiaire :

- Soit, le Bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. **FILASSISTANCE** s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le Litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de **FILASSISTANCE dans la limite de 800 € TTC.**
- Soit, le Bénéficiaire mène à ses frais les démarches et s'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par **FILASSISTANCE** ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, **FILASSISTANCE** l'indemnise des frais exposés, **dans la limite du montant de la garantie.**

Toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant lors d'une procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque le Bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

3) Paiement des indemnités

Les indemnités obtenues par le Bénéficiaire en réparation du préjudice objet du Litige lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et Dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que le Bénéficiaire aurait personnellement exposés. Au-delà de ces propres frais, **FILASSISTANCE** sera subrogé dans les droits du Bénéficiaire et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par les soins de **FILASSISTANCE**, conformément à l'article L127-8 du Code des assurances.

4) Exclusions

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE, les exclusions suivantes.

- lorsque l'événement préjudiciable à l'origine du Litige est connu par le Bénéficiaire avant la prise d'effet ou après la cessation des effets de la garantie,
- lorsque la demande du Bénéficiaire est juridiquement insoutenable, prescrite ou lorsque son enjeu est inférieur au Seuil d'intervention,

Sont exclus les Litiges qui découlent :

- de la guerre civile ou étrangère,
- d'une rixe ou d'injures dans laquelle (lesquelles) le Bénéficiaire a joué un rôle actif ou provocateur.

PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Sont exclus les Litiges qui découlent :

- de l'accomplissement d'un acte médical par une personne non titulaire d'un diplôme régulièrement enregistré auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, excepté s'il s'agit d'un professionnel exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises,
- de l'application du contrat complémentaire santé.

VI. EXCLUSIONS

1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysmes naturels ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion ;
- les conséquences d'interventions ou traitements d'ordre esthétique.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un

- tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE

VII. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1) Subrogation

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

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

2) Informatique et libertés

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

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

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

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

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

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

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

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

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

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

3) Responsabilité

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

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations

d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

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

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

4) Autorité de contrôle

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

5) Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par **FILASSISTANCE**, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

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

6) Prescription

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

- **Délai de prescription**

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes,

lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2

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

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

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

Article L.114-3

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

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

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

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

Article 2244 du Code civil

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

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

- **Causes de report et de suspension de la prescription**

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à

2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté

par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

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

7) Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances



MUTELIOS – FILASSISTANCE
n° FIC25SAN0100

Nouveau service inclus dans votre contrat !

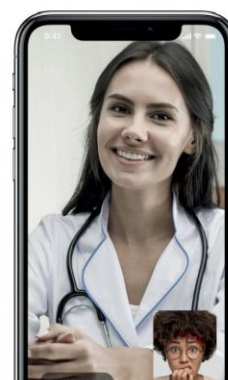
Des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 pour vous.
Votre médecin n'est pas joignable ? Les délais de rendez-vous sont longs ?
Mutélios vous permet de contacter un praticien en téléconsultation grâce à Médaviz.

CREEZ VOTRE COMPTE

Inclus dans votre garantie santé, ce service vous permet de joindre instantanément un médecin par téléphone pour toutes vos questions de santé au quotidien.

Le service Medaviz :

- Des médecins disponibles sans rendez-vous 24h/24 et 7j/7.
- Plus de 20 spécialités disponibles (généraliste, pédiatre, gynécologue, psychologue ...).
- 250 professionnels de santé diplômés en France à votre écoute.



Pour parler à un médecin :

Composez le 09 78 46 02 19
(appel non surtaxé)

Ou téléchargez l'application Medaviz,
disponible gratuitement sur les stores.



[Guide utilisateur >>>](#)

Votre parcours d'inscription

Sur votre ordinateur

Via la page web Medaviz dédiée
medaviz.com/cnmsante

Etape 1

Le bénéficiaire renseigne son code d'activation en saisissant les chiffres du numéro d'adhérent de l'assuré principal suivis des 4 chiffres de son année de naissance, et clique sur "Activer".



Etape 2

Le bénéficiaire complète le formulaire d'inscription (nom, prénom, numéro de téléphone, adresse mail, civilité, date de naissance).
Le numéro de téléphone renseigné peut être un numéro de portable ou un numéro de fixe. Il sera celui identifié chez Medaviz et à partir duquel le bénéficiaire pourra joindre les médecins.



Etape 3

Le bénéficiaire reçoit un SMS lui confirmant son inscription et lui indiquant : le numéro à composer pour joindre les médecins, le lien de téléchargement de l'application Medaviz et son mot de passe temporaire pour s'y connecter.



Appel via l'application Medaviz

Etape 1

Appel via l'application Medaviz
Le bénéficiaire se connecte à l'application en saisissant le numéro de mobile et le mot de passe qu'il a personnalisé lors de la création de son compte.



Etape 2

- 1) Il clique sur le service souhaité.
- 2) Il choisit la spécialité désirée. Les spécialités sont affichées en temps réel. Si la spécialité demandée n'est pas disponible, l'appel est automatiquement redirigé vers un médecin généraliste.
- 3) Si besoin, il ajoute des photos ou documents (png, jpg, pdf) puis clique sur "Appeler le médecin". Un praticien répond à l'appel dans un délai de moins de 3 min.



Téléphone



Par téléphone fixe ou mobile en composant le **09 78 46 02 19**

Le bénéficiaire saisit sur son clavier téléphonique les chiffres du **numéro de l'adhérent principal** suivis des **4 chiffres** de son année de naissance et termine par #.

Complément d'information >>>



Avant une décision médicale importante,
prenez l'avis d'un médecin spécialisé
dans votre maladie.

Est-ce que le traitement
proposé est adapté ?

Le diagnostic fait
à ma fille est-il le bon ?



Dois-je me faire opérer du dos
pour soulager mes douleurs ?

deuxiemeavis.fr

Des experts pour éclairer vos décisions de santé

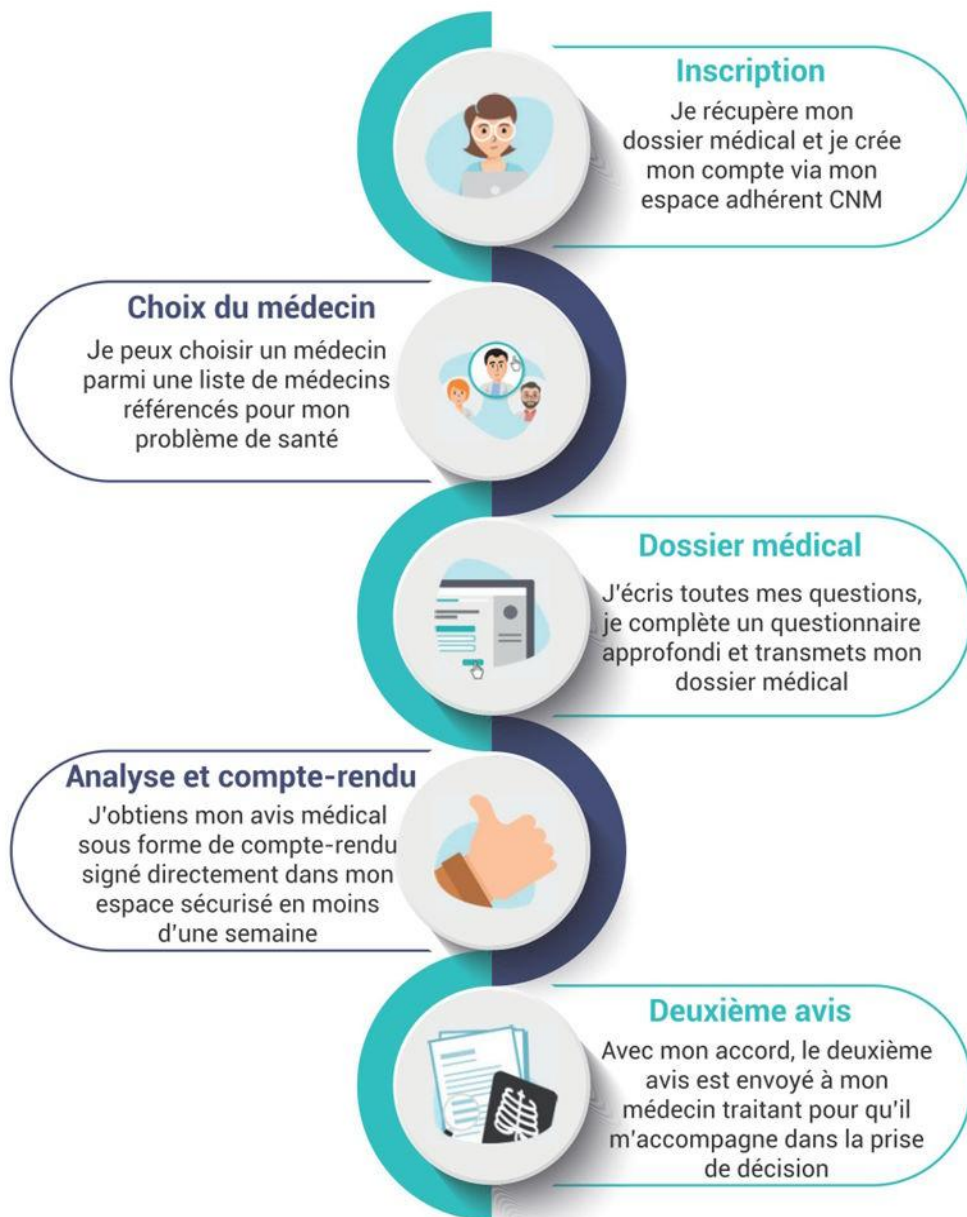
CREEZ VOTRE COMPTE

L'avis d'un médecin spécialisé sur dossier, en ligne,
en moins de 7 jours, sous forme d'un **compte rendu signé**.

Particulièrement **adapté** pour les personnes à
mobilité réduite et éloignées des lieux d'expertise médicale

[Guide utilisateur >>>](#)

Votre avis médical en 5 étapes



Assistance téléphonique
01 81 80 00 48

de 9h à 18h du lundi au vendredi

+250

Médecins référencés

+650

Pathologies couvertes

HADS

Service entièrement sécurisé

Pris en charge

100% par la Mutuelle CNM Santé