

A compter du 01/01/2025



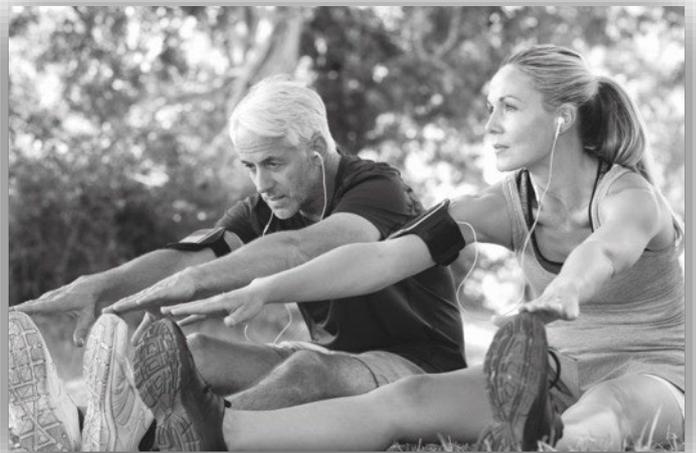
DEVIENT



REGLEMENT MUTUALISTE

**Relatif aux garanties complémentaire santé
Actiléa, Actiléa Néo, Excelsia et PMI (ex L115)**

**APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
du 26 Septembre 2024**



CNM PREVOYANCE SANTE

93 A, rue Oberkampf • CS 91145 - 75553 PARIS CEDEX 11 • Tél. : 01 44 62 33 40 • Télécopie : 01 44 62 86 73
Site internet : <http://www.cnmsante.fr> • E-mail : contact@cnmsante.fr

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent règlement est régi par le code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements relatifs aux garanties complémentaires santé intitulées ACTILEA NEO, ACTILEA, EXCELSIA et PMI existant entre chaque adhérent au présent règlement et la mutuelle CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE (ci-après dénommée « CNM Prévoyance Santé»), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 2 – NATURE DES GARANTIES

Les garanties définies au présent règlement sont au regard des articles L.862-4 et L.871-1 du code de la sécurité sociale :

- « Solidaires » car la Mutuelle ne recueille pas d'informations médicales auprès des personnes assurées et les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées ;
- « Responsables » car elles respectent les critères visés aux articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Par exception, les 4 garanties Actiléa Néo dites « Hospitalisation Solo» et les garanties Actiléa Formule A, Formule B et Formule B1 ne sont pas responsables. Ces garanties sont par conséquent soumises à la taxe de solidarité additionnelle au taux applicable aux contrats d'assurance maladie « non responsables» (20,27 %).

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION

3.1 Membres Participants

Les membres participants d'une mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Garanties Actiléa Néo :

Peuvent adhérer, à titre individuel, aux garanties Actiléa Néo les personnes physiques jusqu'à leur soixante-quinzième anniversaire affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie à titre personnel ou en qualité d'ayant droit.

Garanties Actiléa :

Peuvent adhérer, à titre individuel, aux garanties Actiléa les personnes physiques affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie à titre personnel ou en qualité d'ayant droit quel que soit leur âge au moment de l'adhésion (à l'exception de la garantie Actiléa Formule A pour laquelle l'adhésion doit prendre effet avant le 80ème anniversaire de l'adhérent).

Garanties Excelsia :

Peuvent adhérer, à titre individuel, aux garanties Excelsia les personnes physiques jusqu'à leur soixante-quinzième anniversaire affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie à titre personnel ou en qualité d'ayant droit.

Garanties PMI :

Peuvent adhérer, à titre individuel, aux garanties PMI (ex ARTICLE L.115) les personnes physiques relevant des dispositions de l'article L.212-1 et L.213-1 (anciennement articles L.115 et L.128) du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

3.2 Ayants-droit

Peut devenir ayant droit du membre participant adhérent aux garanties ACTILEA, ACTILEA NEO ou EXCELSIA, tout membre de la famille du membre participant dont celui-ci demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du

complément de cotisation correspondant : conjoint, enfants tels que définis à l'article 10 des statuts.

L'adhésion est soit individuelle, soit familiale, au choix du candidat à l'adhésion. Ce choix est effectué en complétant sur le bulletin d'adhésion les rubriques correspondantes.

ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement résulte de la signature du bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion il devra être fourni les pièces justificatives suivantes :

- Une copie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité (CNI, passeport ou titre de séjour) du candidat à l'adhésion et des potentiels ayants-droits.
- Une attestation de droits en cours de validité de la caisse de régime obligatoire dont dépend(ent) le(s) candidat(s) à l'adhésion.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le virement des remboursements.

Et le cas échéant :

- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le prélèvement automatique de ses cotisations
- Le mandat de prélèvement lè SEPA complété et signé.
- Un justificatif d'inscription auprès de Pôle emploi pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en recherche d'emploi
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou poursuivant leurs études
- Pour l'adhésion aux garanties PMI, l'attestation de droit aux prestations de soins et d'appareillage, au titre des articles L.212-1 ou L.213-1 (anciennement articles L.115 et L.128) et l'attestation de régime obligatoire avec mention Pension Militaire d'invalidité : 100%.

Si le candidat à l'adhésion souhaite résilier un précédent contrat souscrit depuis au moins douze mois pour adhérer auprès de CNM Prévoyance Santé, il transmet un mandat de résiliation manifestant sa volonté expresse de résilier et d'adhérer au présent règlement mutualiste et précisant la référence de l'ancien contrat. CNM Prévoyance Santé ne prend pas en charge la résiliation des éventuels anciens contrats des ayants droit du candidat à l'adhésion.

Si le candidat à l'adhésion souscrit une garantie avec délais de carence et souhaite faire étudier la possibilité par CNM Santé de supprimer cette carence au motif d'équivalence des garanties souscrites chez son assureur actuel, il transmet copie de sa carte de tiers payant et de son tableau de garantie actuellement en vigueur.

Aucune demande d'adhésion ne pourra être prise en compte à défaut de la présentation des documents ci-dessus visés.

Si, après réception du bulletin d'adhésion et après avoir recueilli, s'il y a lieu, toutes les informations complémentaires qu'elle juge nécessaires, CNM Prévoyance Santé souhaite donner une suite favorable à la demande du candidat à l'adhésion, CNM Prévoyance Santé en informe le candidat par un courrier qui comprend notamment l'appel de cotisation.

A défaut, CNM Prévoyance Santé informe par écrit de son refus le candidat à l'adhésion du motif légitime de son refus.

Le bulletin d'adhésion définit les éventuelles conditions particulières applicables aux engagements souscrits.

L'adhésion ne peut pas prendre effet si l'intéressé fait l'objet de mesures de gel des avoirs.

Garanties Actiléa Néo :



DEVIENT



Pour être valide, une adhésion aux garanties ACTILEA NEO doit obligatoirement :

- Associer un module Soins Courants, un module Hospitalisation, un module Dentaire, un module Optique
- Limiter à 3 niveaux maximum l'écart entre le module de garantie le plus élevé et le niveau de garantie le plus faible (Niveau 1 à Niveau 4 ou Niveau 2 à Niveau 5 ou Niveau 3 à Niveau 6).

Par exception, le module Hospitalisation peut être souscrit seul pour les niveaux 1 à 4 dans le cadre des garanties dites « Hospitalisation Solo ». Une souscription du module Hospitalisation seul impliquera un non-respect des critères inclus à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale pour bénéficier de la taxe de solidarité additionnelle à un taux de 13,27 % et donc l'application d'un taux majoré de 7 points (soit 20,27 %).

ARTICLE 5 - DELAI DE RENONCIATION

A condition de ne pas avoir sollicité de prestations de la CNM Prévoyance Santé, les adhérents peuvent renoncer à leur adhésion dans un délai de 30 jours à compter du jour où ils ont été informés que leur adhésion a pris effet ou à compter du jour où ils ont reçu les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L.221-18 du code de la mutualité si cette date est postérieure (ce délai inclut le délai de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage).

Cette renonciation peut être effectuée soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite à l'adresse susmentionnée, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque CNM Prévoyance Santé a proposé l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par ce même mode de communication.

La renonciation à l'adhésion est adressée à CNM Prévoyance Santé, Service Adhésion – 93A rue Oberkampf 75553 PARIS cedex 11 – Tél : 01 44 62 33 40 – Mail : contact@cnmsante.fr
Un modèle de renonciation est disponible sur le site : www.cnmsante.fr et reproduit ci-dessous :

« Je vous informe par la présente qu'après réflexion, je ne souhaite plus adhérer auprès de la CNM Prévoyance Santé pour la garantie complémentaire santé..., contrairement au bulletin d'adhésion que j'ai signé en date du (date à préciser). Aujourd'hui, je souhaite exercer mon droit de rétractation conformément au code de la mutualité (article L.221-18 et L.223-8). Ma demande intervient dans un délai de 30 jours suivant la signature de mon bulletin d'adhésion, je vous prie de bien vouloir vérifier qu'aucune cotisation ne m'a été prélevée et, le cas échéant, me restituer la somme déjà versée.»

CNM Prévoyance Santé confirmera par écrit qu'elle a bien reçu notification par l'adhérent de la renonciation à son adhésion. La renonciation n'entraîne le paiement d'aucune pénalité.

Toute demande de prestations auprès de la CNM Prévoyance Santé concrétise l'exécution du contrat et vaut renonciation à la faculté de renonciation.

ARTICLE 6 - DUREE DE L'ADHESION

Les garanties entrent en vigueur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par CNM Prévoyance Santé et après vérification de ce que l'intéressé ne fait pas l'objet de mesures de gel des avoirs, à compter du premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion.

Lorsque le membre participant a procédé à la résiliation d'un ancien contrat en vue de contracter avec CNM Prévoyance Santé, l'adhésion prend effet le lendemain de la résiliation de l'ancien contrat. CNM Prévoyance Santé s'assure de la continuité de la couverture du membre participant.

L'adhésion, quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, prend fin le 31 décembre de la même année et se renouvelle, sous réserve des dispositions de l'article L.221-10 du code de la mutualité, automatiquement par tacite reconduction pour des périodes d'un an du 1er janvier au 31 décembre de chaque année, sauf résiliation de la part du membre participant selon l'une des modalités énumérées à l'article 8.

Sauf motif légitime dûment justifié, aucune nouvelle adhésion auprès de CNM Prévoyance Santé ne peut être admise dans les 12 mois suivant une résiliation de l'adhésion à la mutuelle.

ARTICLE 7 – EFFETS DE L'ADHESION

L'adhésion régulièrement effectuée permet de bénéficier, dans les conditions du présent règlement, de la garantie à laquelle il a été souscrit. L'adhérent devient membre participant de la CNM Prévoyance Santé et à ce titre il est soumis à toutes les dispositions du présent règlement et à celles des statuts de la CNM Prévoyance Santé.

ARTICLE 8 – FIN DE L'ADHESION

La cessation de l'adhésion du membre participant emporte cessation de la garantie et de l'ensemble des services apportés par CNM Prévoyance Santé.

L'adhésion prend fin dans le cas de résiliation soit par le membre participant, soit par CNM Prévoyance Santé dans les conditions définies au présent article.

8.1 Résiliation par le membre participant

8.1.1 Résiliation à l'échéance annuelle

Lorsque le membre participant ne souhaite pas reconduire son adhésion à l'échéance annuelle, il en informe CNM Prévoyance Santé au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année concernée.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle en confirme la réception par écrit.

La cessation de l'adhésion prend effet au 31 décembre de l'année en cours, si le membre participant a respecté le délai de préavis de deux mois. A défaut de respect du préavis la cessation prendra effet le 31 décembre de l'année suivante.

Toutefois, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date, celui-ci dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

8.1.2 Résiliation infra-annuelle à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Le membre participant peut résilier son contrat après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La résiliation peut également être notifiée par le nouvel organisme par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. Dans ce cas, la notification mentionne la référence du contrat, le nom et l'adresse du membre participant et rappelle que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la

couverture du membre participant durant l'opération de résiliation.

Dès réception de la demande de résiliation de l'adhésion, CNM Prévoyance Santé communique par tout support durable au membre participant un avis de résiliation confirmant la réception de la notification et l'informant de la date de prise d'effet.

La résiliation prend effet un mois après que CNM Prévoyance Santé en a reçu notification par le membre participant ou par le nouvel assureur.

Lorsque la résiliation est notifiée par le nouvel assureur, la date de réception par CNM Prévoyance Santé de la notification est présumée être le premier jour qui suit la date d'envoi de cette notification telle qu'elle figure sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou, s'il s'agit d'une lettre recommandée électronique, sur la preuve de son dépôt selon les modalités prévues à l'article R. 53-2 du code des postes et télécommunications électroniques.

Le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement est effectué dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

8.1.3 Résiliation par le membre participant pour l'un des motifs prévus à l'article L.221-17 du code de la mutualité

Lorsque la résiliation intervient pour l'un des motifs prévus à l'article L.221-17 du code de la mutualité, elle prend effet un mois après réception de sa notification par la mutuelle. La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. Le membre participant indique la nature et la date de l'événement qu'il invoque et donne toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement. Lorsque cet événement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

Le remboursement est effectué dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

8.2 Résiliation par CNM Prévoyance Santé

8.2.1 Résiliation en cas de disparition d'une condition du membre participant

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion des membres qui ne remplissent plus les conditions nécessaires à cette adhésion. Tel est le cas notamment lorsque :

- Le membre participant ne bénéficie plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie, les prestations ne pouvant plus être servies par la mutuelle à compter de la date d'expiration de la couverture par le régime obligatoire ;
- Le membre participant ne fait plus partie d'une des catégories définies à l'article 3.1 du présent règlement mutualiste ;
- Le membre participant ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts de CNM Prévoyance Santé soumettent l'admission ;
- Le membre participant ne remplit plus les conditions

prévues par les lois et règlements en vigueur, notamment l'article L.221-17 du code de la mutualité.

La résiliation est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception qui indique la nature et la date de l'événement qu'elle invoque et donne toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement. Lorsque cet événement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

La résiliation prend effet un mois après la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

8.2.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion à défaut de paiement par le membre participant de sa cotisation dans les dix jours de son échéance et conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du code de la mutualité.

La résiliation prend effet à compter de la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

La radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L.221-17 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration de CNM Prévoyance Santé peut toutefois surseoir à une décision de résiliation pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

8.2.3 Exclusion pour fraude ou préjudice causé à la mutuelle

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion dans le cas de fraude de la part du membre participant, pour bénéficier des prestations de la mutuelle, qui constituerait un crime ou un délit intentionnel, ou lorsque le membre participant cause volontairement un préjudice aux intérêts de la mutuelle.

L'exclusion en cas de fraude de la part du membre participant prend effet à compter de la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

Dans le cas de proposition d'exclusion d'un membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, celui-ci est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas le jour indiqué, une nouvelle convocation lui sera adressée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

8.3 Cessation des garanties au profit des ayants droits

Le membre participant qui souhaite résilier l'inscription d'un ayant droit ou l'ayant droit souhaitant mettre fin à son statut en fait la demande à CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues à l'article 8.1.

La garantie au profit des ayants droit cesse en tout état de cause :

- À compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ceux-ci ne remplissent plus les conditions énoncées à l'article 10 des Statuts et, au plus tard aux 28 ans de l'intéressé ;
- À la date de cessation de la garantie au profit du membre participant.

ARTICLE 9 – COTISATIONS

Le montant des cotisations, fixé chaque année par la mutuelle, est fonction de la garantie choisie. Le montant des cotisations est indiqué par formule de couverture sur l'étude personnalisée

et le bulletin d'adhésion remis préalablement à toute personne souhaitant adhérer à l'une des garanties de CNM Prévoyance Santé.

Lors de la reconduction annuelle de la garantie, le montant de la cotisation pour l'année à venir est précisé sur l'appel de cotisation adressé individuellement à chaque membre participant.

La cotisation n'est fixée ni en fonction de l'état de santé (aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin), ni de l'emploi, ni du sexe du souscripteur.

Celle-ci est fonction de l'âge de l'assuré et évolue chaque année. L'âge pris en considération pour déterminer le montant de la cotisation sera celui atteint par l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année pour l'année en cours.

La cotisation est annuelle et payable à terme à échoir. En cas de prélèvement automatique, elle peut être versée mensuellement par douzième, semestriellement par moitié ou trimestriellement par quart.

La part de cotisation mensuelle, semestrielle ou trimestrielle est payable d'avance par douzième, par moitié ou par quart au début de chaque mois, semestre ou trimestre et pour la première fois lors de l'adhésion.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant est redevable, en sus de la cotisation ou fraction de cotisation arriérée, des frais de poursuites et de recouvrement dont le montant est fixé par le conseil d'administration.

L'assemblée générale peut, à tout moment, réévaluer le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime, de l'évaluation prévisionnelle des dépenses de santé, de la modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Les tarifs actualisés sont disponibles sur cnmsante.fr.

Les enfants inscrits au règlement en qualité d'ayants droit doivent obligatoirement choisir une couverture identique à celle de leur(s) parent(s).

Garanties Actiléa Néo :

Dans le cadre des garanties Actiléa Néo, le 2^{ème} adulte inscrit au règlement en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge s'il souscrit à la même garantie que l'adhérent.

Pour les familles (2 adultes + enfant(s)), le 2^{ème} enfant couvert bénéficie d'une réduction de 20% par rapport au tarif de son âge et, à compter du 3^{ème} enfant d'une gratuité totale.

Pour les familles monoparentales (1 adulte + enfant(s)), le 1^{er} enfant couvert bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge, le 2^{ème} enfant d'une réduction de 20% et, à compter du 3^{ème} enfant d'une gratuité totale.

Garanties Excelsia :

Dans le cadre des garanties Excelsia, le 2^{ème} adulte inscrit au règlement en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge s'il souscrit à la même garantie que l'adhérent.

ARTICLE 10 – PRESTATIONS

Le détail des prestations accordées par CNM Prévoyance Santé est indiqué par formule de couverture et joint au bulletin d'adhésion.

10.1 Bénéficiaire

Le bénéficiaire du droit aux prestations est le membre participant à jour de ses cotisations.

En dehors des cas de tiers payant, les prestations sont réglées par virement sur le compte bancaire du membre participant ou de son ayant droit lorsque celui-ci est âgé de plus de 16 ans.

La mutuelle règle les prestations dans un délai de deux mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

10.2 Ouverture des droits - Délai d'attente

A l'exception des délais d'attente précisés ci-dessous, le droit aux prestations commence à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion pour les frais engagés à compter de cette date.

Garanties Actiléa Néo :

- Le droit aux prestations prévues dans les modules Hospitalisation, Dentaire et Optique de niveaux 5 et 6 ainsi que la prestation « Allocation Naissance ou Adoption » du module Hospitalisation niveaux 1 à 6 sont soumis à un délai d'attente de **3 mois** commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- Le droit aux prestations prévues dans les garanties dites « Hospitalisation Solo » est soumis à un délai d'attente de **6 mois** commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Ce délai est **porté à 10 mois** pour l'« Allocation Naissance ou Adoption ».

Garanties Actiléa :

- Le droit aux prestations prévues dans les postes Dentaire et Optique des garanties Actiléa Formule D et E est soumis à un délai d'attente de 3 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- Le droit à l'« Allocation Naissance ou Adoption » est soumis à un délai d'attente de 3 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion pour l'« Allocation Naissance ou Adoption ».

Garanties PMI :

- Le droit aux prestations prévues dans le poste Dentaire et optique de la Formule 3 est soumis à un délai d'attente de 3 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Selon les prestations prévues dans la garantie soumise à délai d'attente, pendant ce délai, seuls sont pris en charge par CNM Prévoyance Santé :

- Pour les soins dentaires :
 - Le ticket modérateur,
 - Les frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la sécurité sociale, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (soins et prothèses 100 % santé).
- En matière d'optique :
 - Les frais d'équipement d'optique médicale exposés pour les équipements et prix limites de vente définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (équipements 100 % santé).
- Lors d'une hospitalisation :
 - Le ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire prévue au I de l'article R.322-8 du code de la Sécurité Sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
 - Le forfait journalier hospitalier.
Les hospitalisations résultant d'un accident ne font l'objet d'aucun délai d'attente.

Pendant ce délai d'attente, CNM n'est pas tenue au versement de l'allocation naissance ou adoption.

Le membre participant peut demander la suppression des délais d'attente en justifiant d'une continuité de couverture complémentaire santé avec des garanties de niveau identique.

10.3 : Risques exclus :

Sauf exceptions précisément stipulées dans le tableau des garanties, ne donnent pas lieu aux garanties définies aux Conditions Particulières et n'entraînent aucun paiement à la charge de la CNM Prévoyance Santé :

- Les actes hors nomenclature,
- Les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique non remboursés par la sécurité sociale.

Ne sont pas pris en charge les postes mentionnés aux articles L.871-1 et R.871-1 du code de la sécurité sociale :

- La participation forfaitaire et la franchise laissées à la charge des assurés et mentionnées aux II et III de l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale ;
- La majoration de la participation des assurés visée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale (majoration de la participation pour non désignation d'un médecin traitant ou pour consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes pris en application du 18° de l'article L.162-5 (assurés qui consultent un spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins).

Le fait que CNM Prévoyance Santé 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 CNM Prévoyance Santé est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

10.4 Base de remboursement

Les prestations assurées par la mutuelle correspondent, dans le cadre et les limites de la garantie souscrite, au montant de la somme restant à charge de l'assuré après remboursement par le régime de base de l'assurance maladie.

Lorsque le remboursement de la CNM Prévoyance Santé est plafonné, les forfaits et limites sont exprimés, sauf stipulation contraire, par an 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.

Les prestations ne sont servies que dans le cas où les remboursements demandés portent sur des honoraires figurant dans la nomenclature des actes médicaux pour lesquels la sécurité sociale assure le remboursement ou sur des produits et appareillages figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Par exception, certains honoraires ou produits hors nomenclature peuvent faire l'objet de remboursement selon la formule de garantie choisie ; dans un tel cas les tableaux des prestations joints en annexe au bulletin d'adhésion précisent la nature de ces honoraires ou produits.

Dans le cas d'un forfait de remboursement, si le forfait prévu est inférieur à la somme restant à la charge de l'assuré le remboursement sera limité au montant du forfait.

Le forfait de remboursement est en principe annuel. L'année s'entend alors comme la période écoulée entre la date de prise d'effet de la garantie ou de son renouvellement et la fin de l'année civile.

Sauf pour les équipements d'optique médicale et les dispositifs médicaux d'aides auditives, dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait, 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 forfait de remboursement des équipements médicaux d'optique médicale à usage individuel 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).

Un assuré couvert par le présent règlement mutualiste 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).

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. Un assuré couvert par le présent règlement mutualiste 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.

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par CNM Prévoyance Santé 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.

Garanties Actiléo Néo :

Les garanties Actiléo Néo intègrent un ou plusieurs « bonus fidélité » sous forme de forfait venant en complément des garanties prévues au contrat. Ces forfaits complémentaires prennent effet après 24 mois passés de manière continue dans l'une des garanties de la gamme Actiléo Néo. Un changement de garantie au sein de la gamme ne fait pas perdre l'ancienneté à l'exception d'un changement de garantie impliquant l'une des garanties dites Hospitalisation Solo. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2.

Garanties Excelsia :

Les garanties Excelsia intègrent un ou plusieurs « bonus fidélité » sous forme de forfait venant en complément des garanties prévues au contrat. Ces forfaits complémentaires prennent effet après 24 mois passés de manière continue dans l'une des garanties de la gamme Excelsia. Un changement de garantie au sein de la gamme ne fait pas perdre l'ancienneté. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2.

10.5 Télétransmission et Tiers Payant

La télétransmission est mise en œuvre pour tous les assurés bénéficiant d'un contrat santé, sauf opposition pour des motifs légitimes notifiée par écrit à la CNM Prévoyance Santé.

Par exception, ne bénéficient pas de la télétransmission les assurés relevant des régimes spéciaux (RATP...), inscrits dans certaines caisses de régime obligatoire des Étudiants ou Fonctionnaires ou ne pratiquant pas la télétransmission.

Si le professionnel de santé consulté l'applique, les assurés bénéficient du mécanisme de tiers payant à hauteur des tarifs de responsabilité. Les adhérents aux garanties PMI étant dispensés de paiement du ticket modérateur par leur régime obligatoire, ces garanties ne bénéficient pas du tiers payant.

10.6 Périmètre des garanties, formalités, justificatifs et contrôle

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 1.

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

- Par courrier à CNM Prévoyance Santé – Service prestations – 93 A rue Oberkampf – CS 91145 - 75553 PARIS CEDEX 11.
- Par mail à contact@cnmsante.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 membre participant sur le site cnmsante.fr (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 membre participant 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, l'assuré peut être dispensé de fournir lesdits justificatifs.

Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre la fraude, CNM Prévoyance Santé 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. CNM Prévoyance Santé 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.

10.7 Délai 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.

L'article 16-3 du présent règlement rappelle les principes applicables à la prescription, à sa suspension et à son interruption.

10.8 Fausse déclaration - Exclusion du droit aux prestations

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, en application de l'article L.221-14 du code de la mutualité la garantie accordée par la mutuelle est nulle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En application de l'article L.221-15 du code de la mutualité, en cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant.

ARTICLE 11 - PRESTATIONS ET SERVICES ACCESSOIRES RESERVÉES AUX MEMBRES PARTICIPANTS AYANT SOUSCRIT UNE GARANTIE SANTÉ

11.1 Assistance vie quotidienne

En application de l'article L.221-3 du code de la mutualité CNM Prévoyance Santé 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, 92210 Saint-Cloud RCS Nanterre 433 012 689 Tél : 01 47 11 24 24) pour l'ensemble de ses adhérents ayant souscrit un contrat santé. La décision prise par l'assemblée générale du 7 juin 2002 modifiée par l'assemblée générale extraordinaire du 18 octobre 2002, rend obligatoire l'adhésion à ce contrat de l'ensemble des membres participants ayant souscrit un contrat santé ainsi qu'aux membres participants bénéficiant des prestations dans le cadre d'un contrat collectif santé. La notice d'information de ce contrat est annexée au présent règlement.

11.2 Allocations mariage, naissance, obsèques :

Les garanties peuvent prévoir le versement d'une allocation en cas de mariage, de naissance ou d'adoption ou une allocation obsèques.

Allocation naissance ou adoption : cette allocation est versée par foyer et non par membre participant pour chaque enfant né vivant ou adopté et préalablement inscrit par l'adhérent en qualité d'ayant droit au contrat dans les 60 jours suivant la naissance ou l'adoption.

Allocation obsèques : cette garantie a pour objet le versement d'une allocation destinée à financer les frais d'obsèques du membre participant ou de l'ayant droit âgé d'au moins douze ans et n'étant pas placé dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, en cas de décès de ce dernier pendant la durée d'adhésion.

Le bénéficiaire de la prestation est la personne physique ayant réglé les frais d'obsèques au décès du membre participant. Dans le cas où plusieurs personnes ont réglé les frais d'obsèques, l'allocation est répartie au prorata de leur participation effective. La prestation est versée au bénéficiaire. Ce dernier peut faire une demande de tiers payant à la Mutuelle afin qu'elle verse directement le montant de l'allocation obsèques à l'entreprise de pompes funèbres.

La Mutuelle peut souverainement accepter ou refuser cette demande.

L'allocation est versée dans la limite du forfait précisé au tableau des prestations correspondant à la garantie choisie et des frais réels engagés.

11.3 Téléconsultation

CNM Prévoyance Santé a souscrit pour l'ensemble de ses adhérents ayant souscrit un contrat complémentaire santé un contrat de fourniture d'un service de Téléconsultation 24h24 7j/7 auprès de PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ.

11.4 Deuxième avis médical

CNM Prévoyance Santé a souscrit pour l'ensemble de ses adhérents ayant souscrit un contrat complémentaire santé un contrat de fourniture d'un service de Deuxième avis médical auprès de CARIANS, SAS au capital de 109 230€, dont le siège social est 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 803 657 717 et dont le nom commercial est DEUXIEMEAVIS.FR.

ARTICLE 12 - NON CUMUL DE GARANTIES

Le membre participant ne pourra pas souscrire concomitamment à plusieurs garanties complémentaires santé individuelles de la CNM Prévoyance Santé.

ARTICLE 13 – REMBOURSEMENT - SUBROGATION

Le membre participant ou l'ayant-droit qui a bénéficié des prestations de la CNM Prévoyance Santé en complément du régime obligatoire, s'engage, dans le cas de régularisation ultérieure de son régime obligatoire, à transmettre à CNM Prévoyance Santé le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de CNM Prévoyance Santé.

Le membre participant ou toute personne ayant reçu des prestations de CNM s'oblige à rembourser spontanément à CNM Prévoyance Santé les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par CNM Prévoyance Santé.

La mutuelle est subrogée dans les droits du membre participant ou de l'ayant-droit victime d'un accident provoqué par un tiers, pour l'exercice de toute action à l'encontre du tiers responsable. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la mutuelle a exposées et ne peut s'appliquer que sur la part d'indemnité destinée à réparer l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant ou de l'ayant-droit. Le membre participant ou l'ayant-droit a l'obligation d'informer CNM Prévoyance Santé du fait que l'accident a été provoqué par un tiers.

ARTICLE 14 – CHANGEMENT DE GARANTIE

Après l'expiration d'une période de douze mois, le membre participant peut demander un changement de gamme ou de garantie à chaque date de renouvellement du contrat (1er janvier). Il devra en informer CNM Prévoyance Santé avec un préavis de 2 mois soit avant le 31 octobre de chaque année. Il ne peut demander une nouvelle mutation dans une garantie supérieure ou inférieure qu'après une période de 24 mois de date à date de la prise d'effet de la mutation précédente.

Les prestations versées au titre de la garantie détenue avant le changement sont réintégrées dans la nouvelle garantie pour calcul des plafonds et limites annuelles ou pluriannuelles (dispositif d'optique médicale et aides auditives 100% santé).

ARTICLE 15 – MODIFICATION DU REGLEMENT

Le présent règlement pourra être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la CNM Prévoyance Santé.

ARTICLE 16 – DISPOSITIONS DIVERSES

16.1 Réclamation

Une Cellule Qualité de Service est en charge au sein de la CNM Prévoyance Santé du traitement des réclamations.

Les membres participants souhaitant formuler une réclamation disposent de 3 possibilités :

- Adresser un courrier à CNM Prévoyance Santé – Service Réclamation - 93A rue Oberkampf – CS 91145 - 75553 PARIS Cedex 11
- Adresser un mail à contact@cnmsante.fr en précisant dans l'objet « réclamation » ou compléter le formulaire disponible sur leur 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 la réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de la 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.

16.2 Médiation

Après avoir tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus, le membre participant peut 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 la CNM sont les suivantes :

FNIM - Service du Médiateur

4 avenue de l'Opéra - 75001 PARIS

Mail : mediateur@fnim.fr

Site internet : <https://www.fnim.fr/Saisir-le-Mediateur.html>

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 la CNM Prévoyance Santé.**

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, le membre participant est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa 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 la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

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.

16.3 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du membre participant ou de l'ayant droit contre la CNM Prévoyance Santé pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans pour le forfait obsèques. Par ces allocations, nonobstant le 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du membre participant.

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 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 adressée par CNM Prévoyance Santé au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à CNM Prévoyance Santé en ce qui concerne le règlement de la prestation.

16.4 Juridictions compétentes

Les différends sont soumis aux tribunaux civils français territorialement compétents.

16.5 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

CNM Prévoyance Santé en sa qualité d'assureur de personnes relève pour son contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris.

16.6 Informatique et Libertés

Les informations recueillies par CNM Prévoyance Santé, 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 par le membre participant ou ses ayants droit rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Elles sont conservées par la CNM Prévoyance Santé pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée

de la prescription.

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit éventuels constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Conformément aux dispositions applicables, le membre participant, les ayants droit, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, disposent du droit de demander à la mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent 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

CNM PREVOYANCE SANTE

93 A, rue Oberkampf – CS 91145 - 75553 PARIS CEDEX 11

Tél : 01 44 62 33 40 - Mail : cnm.dpo@cnmsante.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou à ses ayants droit) selon son choix directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent 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.

Toute personne peut définir des directives générales ou particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés, après son décès, les droits rappelés ci-dessus.

16.7 Communication électronique

La Mutuelle peut fournir ou mettre à disposition des informations ou des documents à un membre participant ou à un ayant droit sur un support durable autre que le papier. La Mutuelle vérifie au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation de ce membre participant ou de cet ayant droit et s'assure qu'il est en mesure de prendre connaissance de ces informations et documents sur le support durable envisagé.

Le membre participant ou l'ayant droit fournit à cette fin une adresse électronique qui est vérifiée par la mutuelle. Après ces vérifications, la mutuelle informe le membre participant ou l'ayant droit de la poursuite de leurs relations sur un support durable autre que le papier. La mutuelle renouvelle ces vérifications annuellement.

Les membres participants et ayants droit peuvent s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Le membre participant peut, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de leurs relations. Le membre participant ou l'ayant droit peut par ailleurs effectuer, dans les mêmes conditions, l'ensemble des formalités et obligations qui lui incombent sur tout autre support durable convenu avec la Mutuelle.

Annexe : Informations financières prévues par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale :

Pour l'année 2023 :

- Le ratio entre le montant des prestations versées par la mutuelle CNM au titre des garanties frais de santé et le montant des cotisations hors taxes encaissées par la mutuelle CNM au titre ces garanties est de 84,35 %.
- Le ratio entre le montant total des frais de gestion de la mutuelle CNM au titre des garanties frais de santé et le montant des cotisations hors taxes encaissées par la mutuelle CNM au titre ces garanties est de 22,33%.

Les frais de gestion de la mutuelle CNM pour l'exercice 2023 ont été de :

- 15,92% de frais de gestion
- 6,41% de frais d'acquisition.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

ACTILEA - GARANTIES 2025

1/3

		Remboursements CNM + RO						
		Formule A (1)	Formule B1 (1)	Formule B2	Formule C	Formule D (2)	Formule E (2)	
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes ⁽⁴⁾	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	
Médecines Alternatives et Complémentaires	Limité à 60€ / séance Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, sophrologie, hypnothérapie, phytothérapie, naturopathie, étiopathie, mésothérapie, homéopathie, psychomotricité, diététique et pédicure-podologie.	-	100€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an	250€ / an	
Psychologues partenaires dispositif « Mon Soutien Psy »	12 séances max par an	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Honoraires paramédicaux⁽¹⁵⁾		100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	
Actes d'imagerie médicale, échographie et doppler	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	
Actes de chirurgie hors hospitalisation et chirurgie ambulatoire	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	
Actes techniques médicaux	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Automédication et pharmacie prescrite non remboursée	-	30€ / an	40€ / an	50€ / an	70€ / an	90€ / an	
PREVENTION								
Actes de Prévention pris en charge par le RO		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Actes de Prévention non pris en charge par le RO	Vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests CoVid-19, diabète, cholestérol, maladie de lyme, IST et VIH, ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables, tests de grossesse	70€ / an	80€ / an	90€ / an	100€ / an	110€ / an	120€ / an	
Examens et actes hors nomenclature	Analyses, prélèvements et radios non remboursés (hors scanner pré implantaire)	-	40€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an	70€ / an	
Visite annuelle du sport	non remboursée par le RO	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport sur ordonnance⁽¹⁶⁾		30€ / an	30€ / an	30€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an	
Participation financière à des activités de maintien du lien social et de l'autonomie	(ex : adhésion à une association, abonnements divers hors du domicile, reprise de leçon de conduite bénéficiaire de plus de 60 ans...)	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE								
Honoraires	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽³⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	
	Autres médecins conventionnés ou non conventionnés ⁽⁴⁾	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	
Forfait Journalier	En établissements hospitaliers	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	En établissements médicaux sociaux ou unités et centres de soins de longue durée	Dans la limite de 1600€/an	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	
Frais de séjour	(y compris en maison de repos ou de convalescence)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Franchise sur actes techniques médicaux lourds		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	
Chambre particulière	Hospitalisation ambulatoire	25€ / jour	-	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	
	Hospitalisation médicale ou chirurgicale	25€ / jour	-	30€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	
	Hospitalisation ambulatoire maxi par an			10 jours	10 jours	10 jours	10 jours	
	Hospitalisation chirurgicale maxi par an			-	15 jours	25 jours	40 jours	55 jours
	Hospitalisation médicale (y compris convalescence et psy) maxi par an			-	15 jours	25 jours	40 jours ⁽⁵⁾	55 jours ⁽⁵⁾
	Maternité maxi par an			-	15 jours	25 jours	40 jours	55 jours
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans	15 jours maxi par an	23€ / jour	-	30€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	
Transport accepté par le RO	(hors cures thermales) Participation transport non remboursé	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	

ACTILEA - GARANTIES 2025

2/3

	Remboursements CNM + RO						
	Formule A (1)	Formule B1(1)	Formule B2	Formule C	Formule D (2)	Formule E (2)	
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% Santé	60% BR	150% BR	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	
Autres soins dentaires et implants remboursés par le RO	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Prothèses autres que 100% santé acceptées par le RO	Dents visibles	60% BR	150% BR	175% BR	200% BR	300% BR	400% BR
	Dents invisibles et inlay onlay	60% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie acceptée par le RO	60% ou 100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées par le RO	-	-	200€ / an	400€ / an	500€ / an	650€ / an	
Maladie parodontale et endodontie	-	-	100€ / an	100€ / an	100€ / an	100€ / an	
Orthodontie non remboursée Limitée à 4 semestres consécutifs ou non ⁽¹⁷⁾	-	-	100€ / an	200€ / an	250€ / an	300€ / an	
Plafond annuel dentaire par bénéficiaire Au-delà du plafond, seuls le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé sont remboursés	-	-	-	900€	1 300€	2 300€	
OPTIQUE							
Équipements d'optique médicale 100% santé ⁽⁷⁾ Y compris honoraires et suppléments éventuels	60% BR	100% BR	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	
Équipement complet d'optique médicale autres que 100% santé ^{(7),(8)}	60% BR	100% BR					
Verres simples ⁽⁹⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	-	100€ (100€)	300€ (100€)	400€ (100€)	420€ (100€)
		-	-	200€ (100€)	500€ (100€)	600€ (100€)	700€ (100€)
Verres complexes ⁽⁹⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	-	200€ (100€)	500€ (100€)	600€ (100€)	700€ (100€)
		-	-	200€ (100€)	550€ (100€)	650€ (100€)	750€ (100€)
Verres très complexes ⁽⁹⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	-	200€ (100€)	550€ (100€)	650€ (100€)	750€ (100€)
		-	-	200€ (100€)	550€ (100€)	650€ (100€)	750€ (100€)
Honoraires et suppléments éventuels	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles et implants intraoculaires acceptés	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Forfait lentilles ou implants intraoculaires acceptés ou refusés			+50€ / an	+100€ / an	+150€ / an	+200€ / an	
Chirurgie correctrice refusée par le Régime Obligatoire ⁽¹⁰⁾ Par œil	-	-	100€	200€	300€	400€	
Dispositif d'aide médicale optique Loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision...	-	-	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	
Traitement DMLA Prévention ou traitement de la DMLA	-	-	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	
AIDES AUDITIVES							
Équipements 100% Santé ⁽¹¹⁾	60% BR	100% BR	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	
Équipements de classe I ou II ⁽¹¹⁾ Incluant le remboursement du RO	Bénéficiaires au-delà de leur 20e anniversaire	60% BR	100% BR	550€ / appareil	650€ / appareil	750€ / appareil	850€ / appareil
		60% BR	100% BR	1 600€ / appareil	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil
Accessoires (piles,...)	60% BR	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	
MATERIEL MEDICAL							
Petit appareillage pris en charge par le RO Forfait complémentaire pour certains matériels non pris en charge par le RO ⁽¹⁴⁾	60% BR	100% BR	100% BR + 60€ / an	100% BR + 110€ / an	100% BR + 135€ / an	100% BR + 160€ / an	
Grand appareillage pris en charge par le RO Forfait complémentaire annuel	100% BR	100% BR + 100€ / an	100% BR + 125€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 175€ / an	100% BR + 200€ / an	
CURES THERMALES acceptées par le RO							
Honoraires de surveillance	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Transport et hébergement Forfait complémentaire annuel	100% BR	100% BR	100% BR + 100€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 200€ / an	100% BR + 250€ / an	

Remboursements CNM + RO							
Formule A (1)	Formule B1(1)	Formule B2	Formule C	Formule D (2)	Formule E (2)		
SOUTIEN DANS LES EVENEMENTS MAJEURS DE LA VIE							
Mariage	1 prime par foyer	-	-	50€	100€	150€	200€
Naissance ou adoption (si adhésion de l'enfant au contrat dans les 60 jours)	1 prime par enfant	-	-	100€	200€	250€	300€
Allocation frais obsèques		80€	-	100€	200€	250€	300€
TELECONSULTATION MEDICALE 24H24 et 7J/7 ⁽¹⁸⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL ⁽¹⁹⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE ⁽¹²⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ACTION SOCIALE ET PREVENTION ⁽¹³⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire ; TA = Tarif d'Autorité du régime obligatoire

- La formule A et la formule B1 sont des garanties non responsables (TSA à 20,27 %). Adhésion possible jusqu'au 80^{ème} anniversaire pour la Formule A.
- Les Formules D et E sont soumises à un délai de carence de 3 mois sur les postes Dentaire et Optique sauf en cas de continuité de couverture avec une complémentaire santé offrant des garanties de niveau identique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur ainsi que les équipements d'optique médicale 100% santé et les actes prothétiques dentaires 100% santé sont remboursés.
- OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Les médecins signataires de ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non signataires de ces options ne peuvent être remboursés à plus 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable, régime obligatoire inclus.
- En secteur non conventionné, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale
- Limité à 30 jours en psychiatrie
- Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses dentaires, les équipements d'optique médicale et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge.
- 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. Par dérogation, 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 également 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.
La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.
Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègrent le ticket modérateur.
- Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture autres que 100% santé sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2
- Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018.
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
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
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.
- Les chirurgies oculaires prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues au contrat dans le poste Honoraires au chapitre Hospitalisation.
- Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures.
- Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONALE SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92210 Saint-Cloud - RCS Nanterre 433 012 689 - Tél : 01 47 11 24 24.
- Au bout de 12 mois passés dans l'une des garanties Actiëa et selon conditions de ressources, les adhérents peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'action sociale de la mutuelle. Dès leur adhésion, les adhérents aux garanties Actiëa bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé.
- Tensiomètre, thermomètre, attelle ou collier cervical, barre d'appui, tire-bas et alèse.
- Infirmiers, sage femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues
- La participation est limitée à 90% de la dépense réelle et à concurrence du forfait annuel.
- Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge dans cette prestation
- Service délivré par PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ.
- 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. « DEUXIEMEAVIS.FR » est un service délivré par la société CARIANS – SAS au capital de 109.230€ ; siège social 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris ; RCS 803 657 717 00036

EXCELSIA - GARANTIES 2025

1/2

		Remboursements CNM + RO				
		Adagio	Moderato	Allegro	Presto	Prestissimo
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux Généralistes et spécialistes (3)	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Autres médecins conventionnés ou non ⁽²⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Radiologie, échographie, imagerie	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Honoraires paramédicaux ⁽¹³⁾		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Médicaments	Médicaments pris en charge à 65%, 30% ou 15% par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Automédication et pharmacie prescrite non remboursée	45 € / an	60€ / an	75€ / an	90€ / an	110€ / an
Médecines Alternatives et complémentaires non prises en charge par le RO (maxi : 60€ / séance)	Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropractie, phytothérapie, naturopathie, étioopathie, homéopathie, sophrologie, mésothérapie, hypnothérapie, psychomotricité adulte, pédicurie-podologie et diététique.	75€ / an	125€ / an	175€ / an	225€ / an	275€ / an
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an
Psychologues partenaires dispositif Mon Soutien Psy	12 séances max par an	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PREVENTION						
Incitation à la pratique sportive	Visite annuelle du sport	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an
	Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport sur ordonnance ⁽¹⁴⁾	30€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an	70€ / an
Actes de prévention pris en charge par le RO		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses, prélèvements et radios non remboursés	Hors scanner pré implantaire	-	40€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an
Actes de Prévention non pris en charge par le RO	Vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests CoVid-19 et combinés grippe/Covid 19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST et VIH, ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables	70€ / an	80€ / an	90€ / an	100€ / an	110€ / an
Participation financière à des activités de maintien du lien social et de l'autonomie	Ex : adhésion à une association, abonnements divers hors du domicile, reprise de leçon de conduite bénéficiaires de plus de 50 ans ...	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE						
Honoraires	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an
	Autres médecins conventionnés ou non conventionnés ⁽⁴⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Forfait Journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	En établissements hospitaliers	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
	En établissements médicaux sociaux ou unités et centres de soins de longue durée	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an
Frais de séjour (y compris en maison de repos ou de convalescence, en secteur conventionné ou non conventionné) ⁽²⁾		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Franchise sur actes techniques médicaux lourds		Affectés d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif de convention ≥ 120 €	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière	Hospitalisation ambulatoire. Plafond	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
	Hospitalisation secteur conventionné. Plafond	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
	Hospitalisation secteur non conventionné. Plafond	-	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
	Hospitalisation médicale ou chirurgicale limitée à	25 jours / an	25 jours / an	55 jours / an	55 jours / an	85 jours / an
	Hospitalisation ambulatoire limitée à	10 jours / an	10 jours / an	10 jours / an	10 jours / an	10 jours / an
Frais d'accompagnant conjoint hospitalisé		15 jours maxi par an	10€ / jour	20€ / jour	25€ / jour	30€ / jour
Transport accepté par le RO	Hors cures thermales	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Participation transport non remboursé		20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an	20€ / an

EXCELSIA - GARANTIES 2025

2/2

	Remboursements CNM + RO					
	Adagio	Moderato	Allegro	Presto	Prestissimo	
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	
Autres soins dentaires et implants remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Prothèses autres que 100% santé acceptées par le RO	Dents visibles	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
	Dents invisibles et inlay onlay	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Orthodontie acceptée par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées par le RO	Forfait annuel	-	150€ / an	200€ / an	300€ / an	400€ / an
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an
Maladie parodontale et endodontie	-	100€ / an	100€ / an	100€ / an	100€ / an	
Orthodontie non remboursée Limitée à 4 semestres consécutifs ou non ⁽¹⁵⁾	-	50€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an	
Plafond annuel dentaire par bénéficiaire Au-delà du plafond, seuls le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé sont remboursés	-	1 000€ / an	1 250€ / an	1 500€ / an	1 750€ / an	
OPTIQUE						
Équipements d'optique médicale 100% santé ⁽⁵⁾ Y compris honoraires et suppléments éventuels	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	
Équipement complet d'optique médicale autres que 100% santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾						
Verres simples ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire	100€	200€	250€	350€	420€
	dont monture maximum	(50€)	(100€)	(100€)	(100€)	(100€)
Verres complexes ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire	200€	300€	400€	550€	700€
	dont monture maximum	(100€)	(100€)	(100€)	(100€)	(100€)
Verres très complexes ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire	250€	400€	500€	650€	800€
	dont monture maximum	(100€)	(100€)	(100€)	(100€)	(100€)
Honoraires et suppléments éventuels	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles et implants intraoculaires acceptés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Forfait lentilles et implants intraoculaires acceptés ou refusés	+100€ / an	+125€ / an	+150€ / an	+175€ / an	+200€ / an	
Dispositif d'aide médicale optique	Loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision...	50 € / an	60 € / an	70 € / an	80 € / an	90 € / an
	Prévention ou traitement de la DMLA	50 € / an	60 € / an	70 € / an	80 € / an	90 € / an
Traitement DMLA	Bonus fidélité ⁽³⁾	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an
	Par oeil	100€ / an	200€ / an	300€ / an	400€ / an	500€ / an
Chirurgie correctrice refusée par le RO ⁽⁸⁾	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an
AIDES AUDITIVES						
Équipements 100% Santé ⁽⁹⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	
Aides auditives acceptées autres que 100% Santé ⁽⁹⁾ Incluant le remboursement du RO	Bénéficiaires au-delà de leur 20e anniversaire ⁽¹⁰⁾	500€ / appareil	600€ / appareil	700€ / appareil	800€ / appareil	900€ / appareil
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an
Accessoires (piles, ...)	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	100% BR + 20€ / an	
MATERIEL MEDICAL						
Petit appareillage pris en charge par le RO + Forfait matériel pris en charge ou non par le RO		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
		-	+40€ / an	+60€ / an	+80€ / an	+120€ / an
Grand appareillage pris en charge par le RO		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+40€ / an	+60€ / an	+80€ / an	+120€ / an	+160€ / an
		+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an	+100€ / an
CURES THERMALES acceptées par le RO						
Honoraires de surveillance	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	
Transport et hébergement		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Forfait complémentaire annuel		+100€ / an	+150€ / an	+200€ / an	+ 250€ / an
TELECONSULTATION MEDICALE 24H24 et 7J/7 ⁽¹⁶⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL ⁽¹⁷⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE ⁽¹¹⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
ACTION SOCIALE ET PREVENTION ⁽¹²⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire ; TA = Tarif d'Autorité du régime obligatoire

- (1) OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Les médecins ayant adhéré à ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non adhérents à ces options ne peuvent être remboursés à plus 200% de la BR, régime obligatoire inclus.
- (2) En secteur non conventionné, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.
- (3) Les bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme Excelsia quelle que soit la garantie souscrite. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Si l'application d'un bonus fidélité entraîne un remboursement supérieur aux plafonds, le montant remboursé est alors limité aux dits plafonds.
- (4) Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses dentaires, les équipements d'optique médicale et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge.
- (5) 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. Par dérogation, 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 également 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. La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale. Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègre le ticket modérateur.
- (6) Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture autres que 100% santé sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2
- (7) Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018.
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
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
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.
- (8) Les chirurgies oculaires prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues au contrat dans le poste Honoraires au chapitre Hospitalisation.
- (9) Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures.
- (10) Les adhérents de moins de 20 ans sont pris en charge à 100% de la base de remboursement.
- (11) Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92210 Saint-Cloud RCS Nanterre 433 012 689 - Tél : 01 47 11 24 24
- (12) Au bout de 12 mois passés dans la garantie et selon conditions de ressources, les adhérents aux garanties Excelsia peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'action sociale de la mutuelle. Dès leur adhésion, les adhérents aux garanties Excelsia bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé.
- (13) Infirmiers, sage femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues
- (14) La participation est limitée à 90% de la dépense réelle et à concurrence du forfait annuel.
- (15) Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge dans cette prestation
- (16) Service délivré par PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ.
- (17) 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. « DEUXIEMEAVIS.FR » est un service délivré par la société CARIANS – SAS au capital de 109.230€ ; siège social 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris ; RCS 803 657 717 00036

PMI - GARANTIES 2025 – 1/2

Remboursements CNM + RO

Formule 1	Formule 2	Formule 3 (1)
-----------	-----------	------------------

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	225% BR	300% BR
	Autres médecins conventionnés	100% BR	175% BR	200% BR
	Médecins non conventionnés ⁽³⁾	100% TA	100% TA	100% TA
Médecines Alternatives et Complémentaires : Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, sophrologie, hypnothérapie, phytothérapie, naturopathie, étiopathie, mésothérapie, homéopathie, psychomotricité, diététique et pédicurie-podologie. Remboursement limité à 60€ par séance		150€ / an	250€ / an	300€ / an
Psychologues partenaires dispositif Mon Soutien Psy 12 séances max par an		100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux⁽¹²⁾		100% BR	200% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	200% BR	300% BR
Actes d'imagerie médicale, échographie et doppler	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	100% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie réalisés en cabinet (hors hospitalisation et chirurgie ambulatoire)	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	100% BR	175% BR	200% BR
Actes techniques médicaux y compris franchise	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	100% BR	175% BR	200% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire		100% BR	100% BR	100% BR
Automédication et pharmacie prescrite non remboursée		60€ / an	80€ / an	120€ / an
PREVENTION				
Actes de Prévention pris en charge par le RO		100% BR	100% BR	100% BR
Actes de Prévention non pris en charge par le RO Vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests CoVid-19 et combinés grippe/Covid-19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST et VIH, ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables		170€ / an	170€ / an	170€ / an
Examens et actes hors nomenclature Analyses, prélèvements et radios non remboursés (hors scanner pré implantaire)		60€ / an	80€ / an	120€ / an
Visite annuelle du sport non remboursée par le RO		30€ / an	30€ / an	30€ / an
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport sur ordonnance⁽¹⁴⁾		30€ / an	50€ / an	80€ / an
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE				
Honoraires	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽²⁾	125% BR	200% BR	250% BR
	Autres médecins conventionnés ou non ⁽³⁾	100% BR	125% BR	200% BR
Chambre particulière En établissements conventionnés ou agréés	Hospitalisation ambulatoire	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
	Hospitalisation médicale ou chirurgicale	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
	Hospitalisation ambulatoire limitée à	10 jours / an	10 jours / an	10 jours / an
	Hospitalisation médicale ou chirurgicale limitée à	120 jours / an	120 jours / an	120 jours / an
	dont en psychiatrie, limité à	30 jours / an	30 jours / an	30 jours / an
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé		Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
Autres soins dentaires et implants remboursés par le Régime Obligatoire		100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses autres que 100% santé acceptées par le RO	Dents visibles	250% BR	330% BR	400% BR
	Dents invisibles et inlay onlay	200% BR	250% BR	300% BR
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées		350€ / an	400€ / an	500€ / an
Maladie parodontale et endodontie		100€ / an	100€ / an	100€ / an
Orthodontie non remboursée Limitée à 4 semestres consécutifs ou non ⁽¹⁵⁾		150€ / an	200€ / an	250€ / an
Plafond annuel dentaire Par bénéficiaire. Au-delà du plafond, seuls le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé sont remboursés		900€ / an	1 300€ / an	1 700€ / an

PMI - GARANTIES 2025 – 2/2

		Remboursements CNM + RO		
		Formule 1	Formule 2	Formule 3 (1)
OPTIQUE				
Équipements d'optique médicale 100% santé ⁽⁵⁾ y compris honoraires et suppléments éventuels s'y rapportant		Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
Équipements d'optique médicale autres que 100% santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾				
Verres simples ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	300€ (100€)	420€ (100€)	420€ (100€)
Verres complexes ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	500€ (100€)	700€ (100€)	700€ (100€)
Verres très complexes ⁽⁷⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	550€ (100€)	800€ (100€)	800€ (100€)
Honoraires et suppléments éventuels s'y rapportant		100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles et implants intraoculaires acceptés Forfait lentilles et implants intraoculaires acceptés ou refusés		100% BR +100€ / an	100% BR +200€ / an	100% BR +250€ / an
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO ⁽⁸⁾		Par oeil		
		150€ / an	200€ / an	300€ / an
Dispositif d'aide médicale optique Loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision...		20€ / an	20€ / an	20€ / an
Traitement DMLA Prévention ou traitement de la DMLA		30€ / an	30€ / an	30€ / an
AIDES AUDITIVES				
Équipements 100% Santé ⁽⁹⁾		Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾
Aides auditives acceptées autres que 100% Santé ⁽⁹⁾				
	Adhérent de plus de 20 ans	550€ / appareil	700€ / appareil	850€ / appareil
	Incluant le remboursement du RO	Adhérent de 20 ans ou moins	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil
Accessoires (piles, ...)		20€ / an	20€ / an	20€ / an
MATERIEL MEDICAL				
Petit appareillage pris en charge par le RO Forfait complémentaire pour certains matériels non pris en charge par le RO ⁽¹³⁾		100% BR + 100€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 200€ / an
Grand appareillage pris en charge par le RO Forfait complémentaire annuel		100% BR + 150€ / an	100% BR + 250€ / an	100% BR + 300€ / an
CURES THERMALES acceptées par le RO				
Honoraires de surveillance		100% BR	100% BR	100% BR
Transport et hébergement Forfait complémentaire annuel		100% BR + 100€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 200€ / an
MARIAGE 1 prime par foyer		100€	200€	300€
TELECONSULTATION MEDICALE 24H24 et 7J/7 ⁽¹⁶⁾		OUI	OUI	OUI
SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL ⁽¹⁷⁾		OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE ⁽¹⁰⁾		OUI	OUI	OUI
ACTION SOCIALE et PREVENTION ⁽¹¹⁾		OUI	OUI	OUI

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire ; TA = Tarif d'Autorité du régime obligatoire

- (1) La Formule 3 est soumise à un délai de carence de 3 mois sur les postes Dentaire et Optique sauf en cas de continuité de couverture avec une complémentaire santé offrant des garanties de niveau identique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur ainsi que les équipements d'optique médicale 100% santé et les actes prothétiques dentaires 100% santé sont remboursés.
- (2) OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Les médecins adhérents à ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non adhérents à ces options ne peuvent être remboursés à plus 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable, régime obligatoire inclus.
- (3) En secteur non conventionné, la Base de Remboursement (BR) est le Tarif d'Autorité (TA)
- (4) Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses dentaires, les équipements d'optique médicale et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge.

- (5) 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. Par dérogation, 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 également 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.
La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.
Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègre le ticket modérateur.
- (6) Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture autres que 100% santé sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2
- (7) Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018.
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
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
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.
- (8) Les chirurgies correctrices prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues aux postes Honoraires en cas d'hospitalisation
(9) Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures.
(10) Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92210 Saint-Cloud - RCS Nanterre 433 012 689 - Tél : 01 47 11 24 24.
(11) Au bout de 12 mois passés dans la garantie et selon conditions de ressources, les adhérents aux garanties PMI peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'action sociale de la mutuelle. Dès leur adhésion, les adhérents aux garanties PMI bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé.
(12) Infirmiers, sage femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.
(13) Tensiomètre, thermomètre, attelle ou collier cervical, barre d'appui, tire-bas et alèse.
(14) La participation est limitée à 90% de la dépense réelle et à concurrence du forfait annuel.
(15) Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge dans cette prestation
(16) Service délivré par PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ.
(17) 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. « DEUXIEMEAVIS.FR » est un service délivré par la société CARIANS – SAS au capital de 109.230€ ; siège social 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris ; RCS 803 657 717 00036

ACTILEA NEO

GARANTIES 2025 – 1/4

Remboursements CNM + RO

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
I MODULE SOINS COURANTS et AIDES AUDITIVES							
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux Généralistes et spécialistes ⁽³⁾	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Autres médecins conventionnés ou non ⁽²⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Radiologie, échographie, imagerie	Signataires OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Non signataires OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires paramédicaux	Infirmiers, sage femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Psychologues partenaires dispositif Mon Soutien Psy	12 séances max par an	100% BR					
Médicaments	Médicaments pris en charge à 65%, 30% ou 15% par le RO	100% BR					
	Automédication et pharmacie prescrite non remboursée	-	30€ / an	60€ / an	75€ / an	90€ / an	130€ / an
Médecines Alternatives et complémentaires non prises en charge par le RO (maxi : 60€ / séance)	Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropractie, phytothérapie, naturopathie, étiothérapie, homéopathie, sophrologie, mésothérapie, hypnothérapie, psychomotricité adulte, pédicure-podologie et diététique	-	-	125€ / an	175€ / an	225€ / an	275€ / an
	Bonus fidélité ⁽³⁾	50€ / an					
Incitation à la pratique sportive	Visite annuelle du sport	30€ / an					
	Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport sur ordonnance ⁽¹⁰⁾	30€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an	70€ / an	80€ / an
Accompagnement maternité et parentalité non pris en charge par le RO	Remb maxi : 40€ / séance pour les consultations		-	50€ / an	75€ / an	100€ / an	150€ / an
<ul style="list-style-type: none"> Traitement stérilité, FIV, test de grossesse, analyses et tests du parcours PMA Psychologue infantile moins de 3 ans et psychomotricien pour enfants Consultations psychologue aide à la parentalité et guidance parentale 							
Prévention							
Actes de prévention pris en charge par le RO		100% BR					
<ul style="list-style-type: none"> Examens et actes hors nomenclatures : analyses, prélèvements et radios non remboursés (hors scanner pré implantaire) Actes de prévention non pris en charge par le RO : vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests CoVid-19 et combinés grippe/Covid-19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST et VIH, ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables 	Plafond annuel	-	40€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an	70€ / an
	Plafond annuel	70€ / an	80€ / an	90€ / an	100€ / an	110€ / an	120€ / an
Matériel médical pris en charge par le RO	Petit appareillage pris en charge par le RO + forfait matériel pris en charge ou non par le RO	100% BR -	100% BR -	100% BR + 40€ / an	100% BR + 80€ / an	100% BR + 120€ / an	100% BR + 160€ / an
	Grand appareillage	100% BR -	100% BR +200€ / an	100% BR +300€ / an	100% BR +400€ / an	100% BR +500€ / an	100% BR +600€ / an
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an					
Cures thermales prises en charge par le RO							
Forfait complémentaire annuel pour transport et hébergement		-	+50€/an	+100€/an	+150€/an	+200€/an	+250€/an
Plafond annuel Soins Courants par bénéficiaire pour l'ensemble du poste. Au-delà du plafond, seuls le ticket modérateur et les équipements 100% santé sont remboursés		-	-	-	750€ / an	1 000€ / an	1 250€ / an
AIDES AUDITIVES							
Équipements 100% santé⁽⁴⁾		Frais réels ⁽⁵⁾					
Aides auditives acceptées autres que 100% Santé⁽⁴⁾ Incluant le remboursement du régime obligatoire	Bénéficiaires au-delà de leur 20e anniversaire	400€ / app	550€ / app	650€ / app	750€ / app	850€ / app	950€ / app
	Bénéficiaires jusqu'à leur 20e anniversaire	1 400€ / appareil	1 550€ / appareil	1 650€ / appareil	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire

ACTILEA NEO GARANTIES 2025 – 2/4

Remboursements CNM + RO					
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5 (carence 3 mois ⁽⁶⁾)	Niveau 6 (carence 3 mois ⁽⁶⁾)

II MODULE HOSPITALISATION (médicale ou chirurgicale)							
Honoraires	Médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (1)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
	Bonus fidélité (3)	+100€ / an					
	Autres médecins conventionnés ou non (1)(2)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non conventionné⁽²⁾		100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Forfait journalier		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	En établissements hospitaliers	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité
	En établissements médicaux sociaux ou unités et centres de soins de longue durée, limité à	60 jours / an	90 jours / an	120 jours / an	150 jours / an	180 jours / an	240 jours / an
Chambre particulière	Hospitalisation ambulatoire	20€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
	Hospitalisation secteur conventionné	20€ / jour	30€ / jour	45€ / jour	60€ / jour	75€ / jour	85€ / jour
	Hospitalisation secteur non conventionné	-	-	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
	Hospitalisation limitée à	35 jours / an	35 jours / an	35 jours / an	45 jours / an	45 jours / an	60 jours / an
	Maternité limitée à	12 jours / an					
	Hospitalisation ambulatoire limitée à	10 jours / an					
Frais accompagnant si enfant - 16 ans hospitalisé Par hospitalisation		-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Forfait légal sur actes lourds affectés d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif de convention ≥ 120 €		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Transport accepté par le RO (hors cures thermales) Participation transport non remboursé		100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an	100% BR 20€/an
Allocation naissance ou adoption (carence de 3 mois) En cas d'adhésion de l'enfant au contrat dans les 60 jours		200 €					
		Allocation doublée en cas naissances ou d'adoptions multiples					
TELECONSULTATION MEDICALE 24H24 et 7J/7⁽¹⁰⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL⁽¹¹⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE⁽⁸⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ACTION SOCIALE ET PREVENTION⁽⁹⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire ; TA = Tarif d'Autorité du régime obligatoire

- (1) OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Les médecins ayant adhéré à ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non adhérents à ces options ne peuvent être remboursés à plus 200% de la BR, régime obligatoire inclus.
- (2) En secteur non conventionné, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.
- (3) Les bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme Actiléa Néo quelle que soit la garantie souscrite à l'exception des 4 garanties Hospitalisation Solo. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier.
- (4) Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures.
- (5) Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses dentaires, les équipements d'optique médicale et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge.
- (6) Délai de carence de 3 mois (hors hospitalisation suite à un accident) sauf en cas de continuité de couverture avec une complémentaire santé offrant des garanties de niveau identique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur et le forfait journalier sont versés.
- (7) La participation est limitée à 90% de la dépense réelle et à concurrence du forfait annuel.
- (8) Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud RCS Nanterre 433 012 689 - Tél : 01 47 11 24 24
- (9) Au bout de 12 mois passés dans la garantie et selon conditions de ressources, les adhérents aux garanties Actiléa Néo peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'action sociale de la mutuelle. Dès leur adhésion, les adhérents aux garanties Actiléa Néo bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé.
- (10) Service délivré par PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ

(11) 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. « DEUXIEMEAVIS.FR » est un service délivré par la société CARIANS – SAS au capital de 109.230€ ; siège social 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris ; RCS 803 657 717 00036

ACTILEA NEO GARANTIES 2025 – 3/4

Remboursements CNM + RO						
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5 (carence 3 mois) ⁽¹⁾	Niveau 6 (carence 3 mois) ⁽¹⁾
III MODULE DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
Autres soins dentaires et implants remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires autres que 100% santé	Dents visibles	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
	Dents invisibles	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay onlay	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie Acceptée (enfant ou adulte)		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	350% BR
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an				
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées par le RO	Forfait annuel	-	-	150€ / an	250€ / an	350€ / an
	Bonus fidélité ⁽³⁾	+100€ / an				
Maladie parodontale et endodontie	-	-	100€ / an	100€ / an	100€ / an	100€ / an
Orthodontie non remboursée	Limitée à 4 semestres consécutifs ou non ⁽⁴⁾	-	-	50€ / an	100€ / an	200€ / an
Plafond annuel dentaire	Par bénéficiaire. Au-delà du plafond, seul le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé sont remboursés	-	600€ / an	1 000€ / an	1 300€ / an	1 800€ / an
					2 300€ / an	

- (1) Délai de carence de 3 mois sauf en cas de continuité de couverture avec une complémentaire santé offrant des garanties de niveau identique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur et les soins et prothèses 100% santé sont remboursés
- (2) 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.
- (3) Les bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme Actilée Néo quelle que soit la garantie souscrite à l'exception des 4 garanties Hospitalisation Solo. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Si l'application d'un bonus fidélité entraîne un remboursement supérieur aux plafonds, le montant remboursé est alors limité aux dits plafonds.
- (4) Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge dans cette prestation

ACTILEA NEO GARANTIES 2025 – 4/4

Remboursements CNM + RO					
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5 (carence 3 mois) ⁽¹⁾	Niveau 6 (carence 3 mois) ⁽¹⁾

IV MODULE OPTIQUE							
Équipements d'optique médicale 100% santé (monture + verres)⁽³⁾ Y compris honoraires et suppléments éventuels	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	
Équipements complets d'optique médicale autres que 100% santé (monture + verres)⁽³⁾⁽⁴⁾	100% BR						
Verres simples⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire Dont monture	-	100 € (100€)	200 € (100€)	250 € (100€)	350 € (100€)	420 € (100€)
Verres complexes⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire Dont monture	-	200 € (100€)	300 € (100€)	400 € (100€)	550 € (100€)	700 € (100€)
Verres très complexes⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire Dont monture	-	250 € (100€)	400 € (100€)	500 € (100€)	650 € (100€)	800 € (100€)
Honoraires et suppléments éventuels	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles et implants intraoculaires acceptés + Forfait lentilles ou implants intraoculaires acceptés ou refusés	100% BR	100% BR +100€/an	100% BR +125€/an	100% BR +150€/an	100% BR +175€/an	100% BR +200€/an	
Forfait adaptation lentilles enfants	-	-	-	30€/an	50€/an	70€/an	
Chirurgie correctrice non remboursée par le RO⁽⁶⁾	Forfait par oeil	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
	Bonus fidélité ⁽⁷⁾	+100€/an					

RO = Régime Obligatoire ; BR = Base de Remboursement du régime obligatoire

- Délai de carence de 3 mois sauf en cas de continuité de couverture avec une complémentaire santé offrant des garanties de niveau identique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur et équipements d'optique médicale 100% santé sont remboursés.
- 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.
- 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. Par dérogation, 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 également 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.
La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.
Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègre le ticket modérateur.
- Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture autres que 100% santé sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2
- Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018.
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
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
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.
- Les chirurgies oculaires prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues au contrat dans le poste Honoraires au chapitre Hospitalisation.
- Les bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme Actiléo Néo quelle que soit la garantie souscrite à l'exception des 4 garanties Hospitalisation Solo. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Si l'application d'un bonus fidélité entraîne un remboursement supérieur aux plafonds, le montant remboursé est alors limité aux dits plafonds.

ANNEXE 1 :

GAMMES COMPLEMENTAIRES ET SURCOMPLEMENTAIRES SANTE

Précisions sur le périmètre des garanties et justificatifs

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.

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-dopler) 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. A partir de la 3ème année d'adhésion un « bonus fidélité » peut venir compléter le forfait annuel si votre garantie le propose.	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 L321-1 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. - Coaches 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.

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 CoVid19, 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 nicotiques 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 podo-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.

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	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 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.	
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.
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.
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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
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 3ème année, le « Bonus Fidélité » si votre garantie le propose.	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).
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 3ème année être utilisé pour ce type de dépense. Ce bonus vient, le cas échéant, compléter le forfait annuel prévu au contrat.	Selon la nature des soins réalisés, fournir facture d'honoraires nominative, détaillée et acquittée d'un professionnel de santé dentiste, chirurgien-dentiste ou orthodontiste. Fournir en complément : <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.
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.	Tous ces justificatifs doivent être aux nom et prénom du bénéficiaire des soins. 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. 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.
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	Pour les lentilles et implants intraoculaires non remboursés par le RO, seul le forfait annuel s'applique.	<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	Le forfait doit être facturé par un ophtalmologue et sa prise en charge est limitée aux enfants de moins de 18 ans.	Fournir facture détaillée et acquittée de l'ophtalmologue mentionnant en toutes lettres « Forfait adaptation lentilles » et son montant.

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.

BONUS FIDELITE	Précision sur le périmètre des garanties
<p>Certaines gammes de garanties intègrent des bonus fidélité. Consultez votre tableau de garantie pour savoir si vous en bénéficiez.</p> <p>Ces bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme quelle que soit la garantie souscrite. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier.</p> <p>Ces bonus ne sont pas reportables et cumulables d'année en année s'ils n'ont pas été utilisés.</p> <p>Le remboursement de la prestation prévue au contrat et du bonus fidélité ne peut en aucun cas excéder le montant payé pour les soins engagés ou équipements achetés.</p>	

ANNEXE 2 : NOTICE FILASSISTANCE

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF n° FIC21SAN0045 ASSISTANCE SANTE - VIE QUOTIDIENNE

La **CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE**, 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° **FIC21SAN0045**, 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€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A. CADRE DES GARANTIES

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	01 47 11 24 37 (depuis la France) + 33 1 47 11 24 37 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

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

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

OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

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

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

QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance complémentaire santé souscrit auprès de La **CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE** auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient postérieurement à la date d'adhésion et durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé souscrit auprès de La **CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC21SAN0045**.

B. GENERALITES

1. DEFINITIONS

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre d'un contrat d'assurance complémentaire santé de **LA CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE** et adhérent au Contrat d'assistance n° **FIC21SAN0045**.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'**exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »**. **L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.**

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

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC21SAN0045**.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médicale : Médecin de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**, et notamment la Maladie, l'Accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

Hospitalisation/Hospitalisation prévue : **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.

Hospitalisation imprévue : Tout séjour imprévu d'une durée **supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie dont la survenance n'était pas connue **dans les 7 jours** avant son déclenchement.

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**, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

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

MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1.1. DELIVRANCE 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, excluent un remboursement à posteriori ou 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.

1.2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

1.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

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

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.

1.4. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

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

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

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

1.5. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT

En cas 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.

1.6. CONDITIONS RELATIVES AUX AVANCES DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, **FILASSISTANCE** peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.6.1. 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 à **FILASSISTANCE**. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par **FILASSISTANCE**.

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à **FILASSISTANCE** un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.2. 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**.

1.6.3. 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.

2. EXCLUSIONS

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

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

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

- **Des frais engagés à l'initiative d'un Bénéficiaire ou d'un de ses représentants sans l'accord préalable de Filassistance,**
- **Des conséquences d'un dommage intentionnellement commis par un Bénéficiaire,**
- **De la participation à un crime ou un délit,**
- **Des fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'Adhérent, ainsi que celles des autres Bénéficiaires du contrat, cesse alors immédiatement : les prestations indues devront être remboursées,**
- **Des interventions ou traitements d'ordre esthétique.**

3. 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.

4. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires. Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESPONSABILITE

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

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

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

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

6. AUTORITE DE CONTROLE

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

7. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- 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 - 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 à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

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

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance 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 l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

8. 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 :

a. Délai de prescription

Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

b. 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.

c. 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.

d. 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 :

e. 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.

f. 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.

g. 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.

h. 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.

i. 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>).

j. 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).

9. FAUSSE DECLARATION

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

Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE**, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

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

10. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

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.

C. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

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

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION

1.1.1 INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL

Sur simple appel téléphonique, **FILASSISTANCE** recherche et communique au Bénéficiaire le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne (**à l'exception des problèmes liés à sa vie professionnelle**).

1.1.2 INFORMATIONS PRATIQUES

La prestation de renseignements est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

1.1.3 RENSEIGNEMENTS REGLEMENTAIRES

Justice / défense / recours : à qui s'adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, ...

Vie professionnelle : contrat de travail, réglementation du travail, licenciement, chômage, travail à domicile, fonction publique, travail à l'étranger, travail temporaire, ...

Sociétés / commerçants / artisans / affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation, comment créer une association, congés de formation des salariés, ...

Assurances sociales / allocations / retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, ...

Impôts / fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, ...

Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, ...

1.1.4 RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

Habitation / logement : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter.

Consommation : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) ...

Vacances / loisirs : vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravanning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, ...

Formalités / cartes / permis : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, ...

Les services publics : EDF/GDF, France Telecom, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?

Enseignement / formation : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, ...

1.1.5 RENSEIGNEMENTS DIVERS DEPANNAGES

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.

1.1.6 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.

Elle est également disponible pour venir en aide si le Bénéficiaire se trouve confronté à l'étranger à des difficultés pour consulter sur place, par exemple trouver un médecin parlant français ou anglais.

1.1.7 INFORMATIONS SPECIALISEES

Sur simple appel téléphonique, l'Equipe médico-sociale de **FILASSISTANCE**, dans le respect du rôle du médecin traitant :

- Répond aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone),
- Aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé du Bénéficiaire,
- Recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir le Bénéficiaire si celui-ci souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

2. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

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

2.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL EN FRANCE

En l'absence du médecin traitant habituel, **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à Domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

De plus, **FILASSISTANCE** peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

Les frais et honoraires du médecin, de l'infirmière ou de l'intervenant paramédical restent à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de FILASSISTANCE.

2.2. RESERVATION 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.**

2.3. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

Sur appel du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son Domicile, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire selon la prescription médicale. **Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage.**

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

FILASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser à **FILASSISTANCE** au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par FILASSISTANCE.

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

3.1. AIDE A 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 dans les 48 heures suivant chaque séance de soins et de 20 heures sur toute la durée du traitement.**

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

4.1. AIDE A 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 maximum 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.

4.2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS

Si, durant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire, ses enfants ou petits-enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du Bénéficiaire, **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 **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- Soit le transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire au Domicile du Bénéficiaire.

4.3. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DEPENDANTES

Si, durant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire, les personnes dépendantes dont il a la charge ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement** :

- Soit leur garde au Domicile du Bénéficiaire sur une **période de 3 jours consécutifs maximum** ;
- Soit leur transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- Soit le transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

4.4. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours par Evènement.

Cette garantie est mise en œuvre pendant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire.

4.5. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

FILASSISTANCE assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du Bénéficiaire ou à un de leur proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du Bénéficiaire.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire.

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

5.1. PRESENCE D'UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un **Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre auprès 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

6.1. FRAIS DE TELEVISION

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 DE SEJOUR HOSPITALIER D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

7.1. TELEASSISTANCE

FILASSISTANCE proposera à l'Adhérent ou **âgé de 75 ans et plus ayant été hospitalisé**, la mise à disposition d'un service de Téléassistance à

Domicile (Prévifil) pour sécuriser sa convalescence pour une durée **de 3 mois 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.

Le service de téléassistance permet en cas de chute ou de malaise à la maison d'avertir une personne de confiance proche choisie par l'Adhérent ou par un tiers de proximité, qui se rendra au Domicile ou, le cas échéant, d'alerter les services de secours d'urgence.

D'un simple geste, en appuyant sur son bouton émetteur, l'Adhérent peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

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

- Ecoute et Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

8. PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE DU BENEFICIAIRE

8.1. GARDE DE L'ENFANT MALADE AGE DE MOINS DE 15 ANS DU BENEFICIAIRE

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 charge, jusqu'à 30 heures par Evènement**, la garde à Domicile par une aide maternelle.

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

La mise à disposition d'une aide maternelle ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

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

9.1. ECOLE A DOMICILE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant du Bénéficiaire l'oblige à garder le lit par suite de **Maladie ou d'Accident**, et que cette obligation entraîne une absence scolaire **supérieure à 15 jours**, **FILASSISTANCE** fournit une aide pédagogique à partir du 16^e jour.

Pour cela **FILASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile du Bénéficiaire pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, **à raison de 10 heures par semaine au maximum et ce, jusqu'à la fin de l'année en cours, si nécessaire.**

Cette prestation pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France, **du cours préparatoire à la classe terminale des lycées d'enseignement général.** Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ces cours.

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

La prise en charge est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 Km du Domicile de celui-ci, et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

La prestation ne s'applique pas :

- Pour les Maladies ou Accidents et leurs conséquences antérieurs à la date d'effet de l'adhésion et leurs conséquences,
- Lorsque l'enfant est atteint d'une maladie chronique.

10. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

10.1. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS

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 **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- Soit le transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile Bénéficiaire.

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

11.1. INFORMATIONS OBSEQUES ET AIDE DANS LES DEMARCHES

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.

11.2. AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES DU BENEFICIAIRE

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.

11.3. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEPLACEMENTS

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 € maximum par Evènement.**

11.4. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS

FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- Soit la garde des enfants 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 **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;

- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

11.5. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- Soit la garde des ascendants au Domicile du Bénéficiaire **sur une période de 3 jours consécutifs maximum** ;
- Soit leur transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- Soit le transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

11.6. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours.

Cette garantie est mise en œuvre dans les 30 jours suivant le décès du Bénéficiaire.

11.7. AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

FILASSISTANCE procure aux proches du Bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de **3 100 € TTC maximum par Evènement.** 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 aux proches du Bénéficiaire de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès du Bénéficiaire.

L'avance est versée par **FILASSISTANCE** et remboursée par le Bénéficiaire conformément au paragraphe B.2.6 « AVANCE DES FRAIS ».

11.8. 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.),
- 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**.

11.9. RETOUR ANTICIPE DU CONJOINT DU BENEFICIAIRE DECEDE

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.

PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION	
Informations essentielles	
• Informations d'ordre général	Informations téléphoniques
• Informations pratiques	Informations téléphoniques
• Renseignements réglementaires	Informations téléphoniques
• Renseignements vie pratique	Informations téléphoniques
• Renseignements divers dépannage	Informations téléphoniques
• Renseignements voyage	Informations téléphoniques
• Informations spécialisées	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE	
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
Acheminement des médicaments	Avance du coût des médicaments et prise en charge des frais de transport
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, CURIETHERAPIE, TRITHERAPIE OU QUADRITHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE	
Aide à domicile	2 heures dans les 48 heures suivant chaque séance de soins dans la limite de 20 heures sur toute la durée du traitement
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	
Aide à domicile	A concurrence de 10 heures maximum de travail effectif par Évènement 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 C.
Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans	
Garde à Domicile et conduite à l'école	3 jours consécutifs maximum par Évènement
Ou Transfert A/R chez un proche	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe
Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe
Garde ou transfert des personnes dépendantes	
Garde à Domicile	3 jours consécutifs maximum par Évènement
Ou Transfert A/R chez un proche	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe
Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Évènement. La prestation doit être mise en œuvre pendant l'Hospitalisation, l'Immobilisation ou le séjour en maternité.
Transmission des messages urgents	
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	
Présence d'un proche	1 Titre de transport par Évènement
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	
Frais de télévision	10 jours maximum par Évènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SEJOUR HOSPITALIER D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS	
Téléassistance	3 mois d'abonnement (Prévifil) par Évènement
PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE DU BENEFICIAIRE	
Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans du Bénéficiaire	30 heures maximum par Évènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE DU BENEFICIAIRE	
Ecole à Domicile	10 heures par semaine maximum
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE	
Garde ou transfert des autres enfants	
Garde à Domicile et conduite à l'école	3 jours consécutifs maximum par Évènement
Ou Transfert A/R chez un proche	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe
Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	En avion classe économique ou en train 1 ^{ère} classe

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Informations obsèques et aide dans les démarches	Informations téléphoniques
Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire	Informations téléphoniques
Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC maximum par Évènement
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 15 ans	
Garde à Domicile et conduite à l'école	3 jours consécutifs maximum par Évènement
Ou Transfert A/R chez un proche	En avion classe économique ou en train 1^{ère} classe
Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	En avion classe économique ou en train 1^{ère} classe
Garde ou transfert des ascendants	
Garde à Domicile	3 jours consécutifs maximum par Évènement
Ou Transfert A/R chez un proche	En avion classe économique ou en train 1^{ère} classe
Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	En avion classe économique ou en train 1^{ère} classe
Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Évènement sur les 30 jours suivant le décès
Avance des frais d'inhumation	3 100 € TTC par Évènement
Rapatriement du corps (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	Frais réels
Retour du Conjoint du Bénéficiaire décédé (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	1 Titre de transport par Évènement



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