ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
Document d'information sur le produit d'assurance Assureur : Quatrem
Produit : AvoCotés Complémentaire Santé
Contrats : « SANTÉFLEX » et « SANTÉFLEX OPTION ECO »

Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.
Les niveaux de remboursement seront détaillés dans le(s) tableau(x) des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ? Les contrats SANTÉFLEX et SANTÉFLEX OPTION ECO » sont des produits d'assurance complémentaire santé : ils permettent le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'assuré et le cas échant par les membres de sa famille en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ils sont proposés dans le cadre des contrats collectifs à adhésion individuelle et facultative n° 003477500000000 (SANTEFLEX) et n°003477510000000 (SANTEFLEX OPTION ECO), souscrits par l'Association AvoCotés au profit de ses membres. Ces contrats responsables sont éligibles à la loi « Madelin ».

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements varient en fonction du niveau de garanties choisi. Ils ne peuvent **dépasser les dépenses réellement engagées.** Ces informations figurent dans le(s) tableau(x) des garanties joint en annexe de la Proposition d'adhésion. **Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues au contrat quels que soit les niveaux et options choisis.**

MÉDECINE – SOINS COURANTS (praticien conventionné et non-conventionné)
- ✓ Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes)
- ✓ Actes techniques médicaux et actes d'imagerie médicale
- ✓ Auxiliaires médicaux
- ✓ Analyses et examens de laboratoire
- ✓ Psychologues conventionnés remboursés par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire)
- ✓ Médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité Sociale
- ✓ Autres prothèses et appareillages

HOSPITALISATION et HOSPITALISATION A DOMICILE (établissement conventionné ou non)
- ✓ Frais de séjour
- ✓ Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique)
- ✓ Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée
- ✓ Forfait patient urgence (FPU)
- ✓ Frais de transport sanitaire prescrit (Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR)

DENTAIRE, OPTIQUE & AUDITIF
- ✓ Soins et Prothèses dentaires classe 1 « 100% SANTÉ »
- ✓ Soins dentaires (autres que 100 % Santé)
- ✓ Prothèses dentaires classe 2 ou 3 (autre que 100% santé)
- ✓ Inlay / Onlay remboursés par l'AMO
- ✓ Orthodontie remboursée par l'AMO
- ✓ Equipement de classe A « 100% Santé »
- ✓ Prothèses auditives classe 1 « 100% SANTÉ » et classe 2
- ✓ Piles, accessoires et entretien

GARANTIES PRESENTES SELON LES NIVEAUX ET OPTIONS CHOISIS
> MÉDECINE – SOINS COURANTS
Médicaments remboursés à 15 %, 30 % par la Sécurité Sociale
Médicaments prescrits non remboursés (figurant sur la liste de l'ANSM)
Cures thermales en France prise en charge par la Sécurité sociale : forfait cure, surveillance médicale, hébergement, participation à l'hébergement et au transport
Autres appareillages : forfait pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé
> HOSPITALISATION et HOSPITALISATION A DOMICILE
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) par jour, en euros
Chambre particulière
> DENTAIRE, OPTIQUE & AUDITIF
Forfait dentaire pour tous les actes non remboursés par l'AMO
Plafond dentaire (soins et prothèses dentaires autres que 100 % Santé par an et par bénéficiaire
Forfait monture et forfait par verre (simple, complexe et très complexe)
Lentilles, y compris jetables, remboursées ou non par l'AMO
Opération des yeux (chirurgie réfractive)
> PACK MEDECINE DOUCE : COTON, VELOURS, SOIE OU CACHEMIRE BONUS FIDELITÉ INCLUS
- ✓ Forfait médecine douce (bonus fidélité 2ème année et suivantes)
- ✓ Chambre particulière (bonus fidélité 3ème année et suivantes)

AUTRES
- ✓ Espace assuré
- ✓ Tiers payant
- ✓ Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (liste disponible sur ameli.fr).

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × Les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties
- × Les soins reçus avant le début de l'adhésion, ceux reçus après la fin de l'adhésion, et ceux survenus pendant la période de suspension des garanties pour non-paiement
- × Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé

Y a-t-il des exclusions de garanties ?

Principales restrictions liées au caractère responsable du contrat :
- ! **Participation forfaitaire de 2 €** sur chaque consultation médicale, actes de biologie médicale et actes de radiologie.
- ! **Franchise de 4 €** sur les transports sanitaires et **1 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Honoraires médicaux :** Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Optique** : délai de renouvellement de 2 ans pour les personnes assurées à compter de 16 ans (1an encas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de - de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).
- ! **Aide auditive** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

Autres restrictions prévues aux contrats :
- ! **Orthodontie / Implantologie / Parodontologie / Lentilles (y compris jetables) / Médecines douces / Médicaments prescrits non remboursés / Participation à l'hébergement et au transport / Frais d'accompagnement (- de 18 ans) / Achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé / Chambre particulière / Forfait Monture et Forfait Verre :** Forfait par année civile d'adhésion et par bénéficiaire.
- ! **Hospitalisation :** un délai de carence de 3 mois, porté à 9 mois pour la maternité s'applique pour tout nouvel assuré SAUF accident sur justificatif et SAUF s'il était couvert dans les 3 mois précédant son adhésion par une garantie de niveau au moins équivalent. Pendant ce délai, le ticket modérateur (100% BR) et le forfait journalier sont pris en charge.
- ! **Chambre particulière** : Exclusion des séjours en psychiatrie et limitation de la prise en charge à 90 jours par an, hors Niveau 1 et Eco, Niveaux 1 à 4 limité à 30 jours par an.
- ! **Chirurgie optique réfractive :** Forfait par œil et par bénéficiaire.
- ! **Honoraires de psychologues conventionnés remboursés par l'AMO :** Dans la limite de 12 séances (1 entretien d'évaluation et jusqu'à 11 séances de suivi) par an et par bénéficiaire
- ! **Frais de séjour** : Limité à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité.
- ! **Frais d'accompagnement (- de 18 ans)** : Limité à 90 jours par an.
- ! **Dentaire** : un délai de carence de 3 mois (hors soins dentaires et prothèses dentaires 100% Santé) pour tout nouvel assuré SAUF accident sur justificatif et SAUF s'il était couvert dans les 3 mois précédant son adhésion par une garantie de niveau équivalent. Pendant ce délai, la prise en charge est limitée au ticket modérateur (100% BR) pour les prothèses dentaires de classe 2 et 3, inlay onlay, orthodontie remboursée et forfait dentaire non remboursé.
- ! **Appareil connecté sur ordonnance** : Limité à un appareil connecté par période de 2 ans à compter de la date d'achat du premier objet par bénéficiaire.
- ! **Tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.**
- ! **L'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et non justifié par une facture acquittée.**
- ! **Chambre particulière : les appartements privatifs et services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.**
- ! **Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale : les produits dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est de 20 % (dits « de confort »).**
- ! **Parodontologie : le contrat ne prend pas en charge les actes non-inscrits à la nomenclature mentionnés hors nomenclature (HN).**
- ! **la cigarette électronique.**

Où suis-je couvert ?

✓ En France hexagonale (y compris Corse/ Départements et régions d'outre-mer (DROM))
✓ A l'étranger à condition que les soins respectent les 2 conditions cumulatives suivantes :
- faire auparavant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale française
- avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée

Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part entraîne la nullité de l'adhésion et la déchéance de tous droits aux prestations.

- **À l'adhésion :**
- signez la proposition d'adhésion
- communiquez les pièces nécessaires à l'adhésion
- réglez vos cotisations
- **En cours de contrat :**
- Informez l'assureur le cas échéant :
  - de votre changement de département de résidence principale
  - du changement de régime de Sécurité sociale d'un membre de votre famille
  - du changement de votre situation familiale (ajout ou radiation d'un membre de votre famille)
  - de votre souhait de changer de formule de garanties ou d'adhérer au contrat surcomplémentaire non responsable
- réglez vos cotisations
- **Pour le versement des prestations :**
- fournissez les pièces justificatives nécessaires pour être remboursé

Quand et comment effectuer mes paiements ?

Les informations relatives à votre cotisation annuelle sont indiquées sur votre Certificat d'adhésion et le Calendrier de paiement de vos cotisations.
Votre cotisation est payable d'avance à la date de son échéance en fonction du choix que vous avez indiqué sur votre Proposition d'adhésion.
Elle peut être réglée par prélèvement automatique sur votre compte bancaire personnel ou professionnel ou par virement bancaire.

Quand débutent et prennent fin mes garanties ?

- **Début de votre adhésion**

Les garanties débutent à la date figurant sur le certificat d'adhésion.

- **Renonciation à votre adhésion**

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans les conditions et selon les modalités définies dans votre Notice, dans les **30 jours** qui suivent le début de celle-ci.

- **Durée de votre adhésion**
- **Votre adhésion est valable 12 mois, puis elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à la date anniversaire pour 12 mois.**
- **Fin de votre adhésion**

Votre adhésion prend fin :
- à la date à laquelle vous dénoncez votre adhésion dans les conditions et selon les modalités définies dans la Notice d'information valant Conditions générales
- à la date à laquelle nous mettons fin à votre adhésion en cas de non-paiement de la cotisation
- à la date à laquelle l'Association résilie le(s) contrat(s) collectif(s)
- à la date de votre décès

Comment puis-je mettre fin à mon adhésion ?

Vous pouvez dénoncer votre adhésion :
- au plus tard 2 mois avant la date anniversaire de votre contrat (effet à la veille minuit de cette date)
- à tout moment, à compter de 12 mois d'adhésion (effet : 1 mois après la réception)

Vous pouvez notifier la dénonciation de votre adhésion :
- par lettre ou tout autre support durable,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même code de communication

- **Coordonnées utiles pour résilier le contrat :**

ADLP Assurances - AvoCotés Complémentaire Santé - 3 avenue de Chartres - 60507 Chantilly Cedex. Contact : 0 974 750 175 (appel non surtaxé)

Quatrem
Société anonyme au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

AvoCotés Complémentaire Santé Notice d'information valant Conditions Générales

N°003477300000000 | N°003477400000000 | N°003477500000000 | N°003477510000000

Vous trouverez dans ce document
les démarches à suivre
pour vos soins et vos remboursements.

Édition NOVEMBRE 2025
713NISFX_0034773_1125

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **3**
LES CONTRATS 3
VOTRE ADHESION 3

FONCTIONNEMENT DES CONTRATS **5**
DEBUT ET FIN DE MES GARANTIES 5
MA COTISATION 9
CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE MES SOINS 10

SPÉCIFICITÉS DES CONTRATS ET EXCLUSIONS **13**
NATURE DES CONTRATS 13
DISPOSITIF « 100 % SANTE » 13
EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE MES GARANTIES 16

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES **17**
FAUSSE DECLARATION 17
PERTE DU DROIT A INDEMNISATION (DECHEANCE DES GARANTIES) 17
DELAI MAXIMUM DES DEMANDES DE PRESTATIONS (PRESCRIPTION) 18
NOTRE RECOURS CONTRE LE RESPONSABLE DU SINISTRE (SUBROGATION) 18
CONTACT EN CAS DE RECLAMATION OU DE MEDIATION 18
JURIDICTION COMPETENTE EN CAS DE CONFLIT 18
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 19
UTILISATION ET PROTECTION DE MES DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES 19
AUTORITE DE CONTROLE 20
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES 20

LEXIQUE **21**

Retrouvez les définitions des mots soulignés dans le lexique à la fin de cette notice

Complémentaire santé

VOTRE CONTRAT

Pour rembourser vos dépenses (consultations de médecins, pharmacie, soins dentaires, etc.).
La cotisation est soit prélevée directement sur votre compte bancaire, soit payée par chèque

Régime obligatoire

SÉCURITÉ SOCIALE

A NOTER : Concernant les Travailleurs non-salariés (TNS), seules les cotisations liées aux contrats « SANTÉFLEX » n°003477500000000 ou « SANTÉFLEX option ÉCO » n° 003477510000000 peuvent être déduites de vos revenus imposables. *Une attestation loi Madelin vous est adressée chaque année pour vous aider dans cette démarche, si vous avez adhéré à ce contrat.*

INTRODUCTION

Nous vous remboursons les dépenses prises en charge ou non par la Sécurité sociale comme indiqué au(x) tableau(x) de garanties dans votre certificat d'adhésion.
Ces dépenses doivent être liées à une maladie, une maternité ou un accident.

LES CONTRATS

Les Contrats collectifs à adhésion facultative « ACCESS » n° 003477300000000, « SANTÉ HOSPI » n° 003477400000000, « SANTÉFLEX » n° 003477500000000 et « SANTÉFLEX option ÉCO » n° 003477510000000 sont :
- souscrits par l'Association AvoCotés, association régie par la loi du 01/07/1901 et ayant son siège social au 3 rue Henri Rol-Tanguy 93 100 Montreuil. L'association AvoCotés a pour objet d'étudier, d'organiser, de mettre en place et de promouvoir des solutions d'assurance dans l'intérêt de ses membres et destiné à améliorer leur situation et leur protection ;
- auprès de la compagnie d'assurance QUATREM, Société anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Lafitte 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 72 pour les garanties d'assurance ;
- proposés et distribués par ADLP Assurances, titulaire de la marque AvoCotés, SAS au capital de 2 064 484 €, RCS de Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le n°14001699 en qualité de Courtier en assurance (www.orias.fr) ;
- gérés par CPMS, Société de Gestion et de Courtage d'assurance - Siège Social : 4, Rue Auber 75009 PARIS - SAS au capital de 2 729 468 € - RC PARIS B 97 B 14894 SIREN 414 357 889, immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 001 007 (www.orias.fr) en qualité de courtier.

La présente Notice d'Information valant Conditions générales décrit les règles générales de fonctionnement de votre contrat d'assurance ainsi que le détail des garanties et des exclusions.

Quelle est la nature des contrats proposés ?

Vous bénéficiez d'une complémentaire santé en adhérant à l'un des quatre contrats ci-dessous, en fonction de vos besoins et de votre situation personnelle :

- 1 contrat **« ACCESS » non-responsable n° 003477300000000**
- 1 contrat **« SANTÉ HOSPI » non-responsable n° 003477400000000**
- 1 contrat **« SANTÉFLEX » responsable n° 003477500000000**
- 1 contrat **« SANTÉFLEX option ÉCO » responsable n° 003477510000000**

Quels contrats ouvrent droit à une déduction fiscale ?

Concernant les Travailleurs non-salariés (TNS), seuls les contrats **« SANTÉFLEX » n° 003477500000000 et « SANTÉFLEX option ÉCO » n° 003477510000000** sont éligibles à la déduction prévue par la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Madelin ». En cas d'adhésion aux contrats « SANTÉFLEX » n° 003477500000000 ou « SANTÉFLEX option ÉCO » n° 003477510000000, il vous appartient de vérifier que vous bénéficiez de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour les membres de votre famille.

VOTRE ADHÉSION

Quelles sont les conditions pour adhérer à un contrat ?

VOUS

Pour adhérer, vous devez :
- être affilié(e) au régime de Sécurité sociale
- avoir 18 ans et plus et moins de 86 ans à la date de votre adhésion
- résider (et exercer votre activité le cas échéant) en France hexagonale (y compris les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)
- devenir membre de l'association souscriptrice des contrats AvoCotés.

Que dois-je faire pour adhérer à mon contrat ?

Votre adhésion est finalisée lorsque vous signez votre proposition d'adhésion de manière manuscrite ou électronique, afin d'adhérer à l'un des quatre contrats.
Certaines **formalités** sont nécessaires pour que vos garanties débutent. Si ces formalités sont incomplètes, l'adhésion sera valable uniquement après notre acceptation.

Quels sont les documents relatifs à mon adhésion ?

Votre adhésion est matérialisée par un contrat composé des documents suivants :

- la présente Notice d'information valant Conditions Générales
- le certificat d'adhésion qui indique notamment :
  - votre identité et celle des membres éventuelles de votre famille
  - la date à laquelle intervient votre adhésion
  - vos garanties
  - la cotisation qui correspond au nombre de personne assuré ainsi qu'à la formule, à l'éventuelle option et au(x) poste(s) de garanties que vous avez choisi
- les statuts de l'association AvoCotés
- la fiche Information et Conseils
- le Document d'informations sur le produit d'assurance

Ces documents forment ensemble votre contrat et doivent donc être conservés pendant toute la durée de votre adhésion.

Au cours de votre contrat, elle est susceptible d'être complétée par des avenants (changement de formule, modification des membres de votre famille, etc.) qui indiquent les dates où les modifications interviennent.

Quand débute mon adhésion ?

Votre adhésion débute à la date mentionnée sur votre certificat d'adhésion et, au plus tôt, le lendemain de la signature de la proposition d'adhésion.
Votre adhésion est valable pendant 12 mois à compter de cette date. Elle se renouvelle ensuite automatiquement chaque année à sa date d'anniversaire, pour une nouvelle durée de 12 mois.

Quand prend fin mon adhésion ?

Votre adhésion prend fin :

- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion (voir article « Quelles sont les conditions pour adhérer à un contrat ? », page 3) ;
- aux dates fixées à l'article « Comment dénoncer mon adhésion après le délai de 30 jours ? », page 8
- lorsque vous dénoncez votre adhésion (et par conséquent celle des membres de votre famille) ;
- à la date à laquelle nous mettons fin à votre adhésion en cas de non-paiement de la cotisation ;
- en cas de résiliation par l'Assureur au plus tard le 31 octobre de chaque année ;
- à la date de votre décès ;
- au retrait total de l'agrément administratif de l'Assureur.

Votre adhésion peut être également résilié en cas de résiliation du(des) contrat(s) collectif(s) souscrit(s) par l'association AvoCotés : dans ce cas vous en serez informé avec un préavis de 2 mois.

FONCTIONNEMENT DES CONTRATS

DÉBUT ET FIN DE MES GARANTIES

À compter de quand mes soins sont-ils remboursés ?

VOUS

- Vos garanties commencent à compter de votre adhésion* (date mentionnée sur le certificat d'adhésion)

ou

- En cas de modification de garanties (date mentionnée sur l'avenant au certificat d'adhésion)

VOTRE FAMILLE

Les garanties commencent :

- à la même date que les vôtres

ou

- à la date qui figure sur l'avenant au certificat d'adhésion lorsque vous ajoutez un membre de votre famille en cours de contrat

* Si vous avez adhéré au contrat « SANTÉ HOSPI + » et au contrat « SANTÉFLEX », AVEC OU SANS OPTION ÉCO, un délai de carence de 3 mois, porté à 9 mois pour la maternité s'applique en cas d'hospitalisation pour tout nouvel assuré SAUF accident sur justificatif et SAUF si vous êtes couvert dans les 3 mois précédent votre adhésion par une garantie de niveau au moins équivalent. Pendant ce délai, le ticket modérateur (100% BR) et le forfait journalier sont pris en charge.

* Si vous avez adhéré au contrat « SANTÉFLEX », AVEC OU SANS OPTION ÉCO, un délai de carence de 3 mois s'applique en dentaire (hors soins dentaires et hors prothèses 100% Santé) pour tout nouvel assuré SAUF accident sur justificatif et SAUF si vous êtes couvert dans les 3 mois précédent votre adhésion par une garantie de niveau au moins équivalent. Pendant ce délai, la prise en charge est limitée au ticket modérateur (100% BR) pour les prothèses dentaires de classe 2 et 3, inlay onlay, orthodontie remboursée et forfait dentaire non remboursé.

Quelles sont les pièces nécessaires à l'adhésion ?

Vous devez fournir les **pièces suivantes** :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vous	▪ Une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour, ou permis de conduire) ▪ Un extrait Kbis **de moins de 3 mois** ou toute autre pièce officielle qui justifie de votre statut si vous êtes une personne morale ▪ Votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour le remboursement de vos prestations santé ▪ Un autre RIB pour le paiement de votre cotisation (si le RIB est différent de celui utilisé pour le remboursement de vos prestations) ▪ Un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé si le paiement par prélèvement bancaire a été choisi ▪ Votre attestation de droits à la Sécurité sociale ▪ Un certificat d'adhésion et un certificat de radiation de moins de 3 mois de votre précédent assureur pour abroger le délai de carence de 3 mois porté à 9 mois pour la maternité en cas d'hospitalisation et de 3 mois pour les prothèses dentaires de classe 2 et 3, inlay onlay, orthodontie remboursée et forfait dentaire non remboursé.
Tous les membres de votre famille	▪ L'attestation de droits à la Sécurité sociale pour chaque membre de votre famille
Vos enfants à charge qui ne figurent plus sur votre attestation de droits à la Sécurité sociale	Une copie : ▪ de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » ou de la notification d'attribution de l'allocation en faveur des personnes en situation de handicap

Nous nous réservons le droit de vous demander toutes autres pièces complémentaires que nous jugerions nécessaires pour l'adhésion ou pour respecter nos obligations en matière de lutte anti-blanchiment.

Quel niveau de garanties et options pouvez-vous choisir ?

■ SI VOUS AVEZ ADHÉRÉ AU CONTRAT « ACCESS » N° 003477300000000 :

Vous bénéficiez du niveau de base et vous pouvez choisir l'option ci-dessous :	Vous bénéficiez également des postes de garanties suivants :
Niveau unique	- Médecine, soins courants - Hospitalisation - Dentaire
(en option) Pack médecine douce « coton »	

Vous choisissez un Pack service d'assistances : Voyage ou Quotidien ou Info+ ou Kids.
Reportez-vous à la Notice d'information des services d'assistances pour retrouver les modalités.

■ SI VOUS AVEZ ADHÉRÉ AU CONTRAT « SANTÉ HOSPI + » N° 003477400000000 :

Vous pouvez choisir un niveau pour chaque poste de garanties ainsi que l'option ci-dessous :	Postes de garanties :
Niveau 1 et/ou Niveau 2 et/ou Niveau 3	- Médecine, soins courants et/ou - Hospitalisation et/ou - Dentaire
(en option) Pack médecine douce « coton »	

Vous choisissez un Pack service d'assistances : Voyage ou Quotidien ou Info+ ou Kids.
Reportez-vous à la Notice d'information des services d'assistances pour retrouver les modalités.

Vous pouvez retenir un niveau différent pour chacun des postes de garanties que vous avez choisi.
Ces postes de garanties ne doivent toutefois pas être éloignés de plus d'1 niveau au maximum, **à l'exception du poste « hospitalisation »**.

A titre d'exemple :

- vous pouvez bénéficier du niveau 1 au titre du poste « médecine, soins courants » et du niveau 2 au titre du poste « dentaire »

ou

- vous pouvez bénéficier du niveau 1 au titre des postes « médecine, soins courants », « dentaire » et du niveau 3 au titre du poste « hospitalisation »

■ **SI VOUS AVEZ ADHÉRÉ AU CONTRAT « SANTÉFLEX » n°003477500000000 ou « SANTÉFLEX option ECO » n°003477510000000 :**

Vous pouvez choisir un niveau pour chaque poste de garantie ainsi que l'une des options ci-dessous :	Postes de garanties :
Niveau 1 et/ou Niveau 2 et/ou Niveau 3 et/ou Niveau 4	- Médecine, soins courants et/ou - Hospitalisation et/ou - Dentaire, optique, auditif
(en option*) Pack médecine douce « coton » ou « velours » ou « soie » ou « cachemire »	

Vous choisissez un Pack service d'assistances : Voyage ou Quotidien ou Info+ ou Kids.
Reportez-vous à la Notice d'information des services d'assistances pour retrouver les modalités.

* Vous ne pouvez pas adhérer à cette option si vous adhérez au contrat SANTÉFLEX option ECO.

Vous pouvez retenir un niveau différent pour chacun des postes de garanties que vous avez choisis.
Les postes de garanties « hospitalisation » et « dentaire, optique, auditif » ne doivent toutefois pas être éloignés de plus d'1 niveau au maximum avec le poste « médecine, soins courants ».

A titre d'exemple :

- vous pouvez bénéficier du niveau 2 au titre du poste « médecine, soins courants » et du niveau 3 au titre des postes « hospitalisation », « dentaire, optique, aide auditive »

ou

- vous pouvez bénéficier du niveau 1 au titre du poste « hospitalisation », du niveau 2 au titre du poste « médecine, soins courants » et du niveau 3 au titre du poste « dentaire, optique, auditif »

Pour le contrat SANTÉFLEX, le niveau que vous avez choisi au titre du poste de garanties « médecine, soins courants » détermine l'option « Pack médecine douce » à laquelle vous pouvez accéder :

- le Pack médecine douce « **Coton** » peut être combiné avec **tous les niveaux du poste de garanties « Médecine, Soins courants** »
- le Pack médecine douce « **Velours** » ne peut être combiné qu'avec les niveaux **2, 3 et 4 du poste de garanties « Médecine, Soins courants** »
- le Pack médecine douce « **Soie** » ne peut être combiné qu'avec les **niveaux 3 et 4 du poste de garanties « Médecine, Soins courants** »
- le Pack médecine douce « **Cachemire** » ne peut être combiné qu'avec les niveaux **3 et 4 du poste de garanties « Médecine, Soins courants** »

Vous pouvez enfin baisser le montant de votre cotisation en optant pour l'option Eco en contrepartie de la suppression des garanties suivantes :

- Pack médecine douce
- Cure thermale
- Médicaments à service médical rendu faible et modéré
- Médicaments prescrits non remboursés
- Chambre particulière et frais d'accompagnement

Comment puis-je changer de niveau, d'option et/ou de poste de garanties ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier votre choix, à tout moment, **après les 12 premiers mois d'adhésion**, par mail serviceclients@avocotes.com ou par courrier à : AvoCotés Assurances - ADLP Assurances, Immeuble Burovert, ZA Les Hâtes du Vernoy, 89130 TOUCY.

Cette modification intervient au **1er jour du mois** qui suit la réception de votre demande.

Tout nouveau changement de formule, d'option et/ou de poste de garanties peut être demandé après **12 mois d'adhésion**.

Comment puis-je modifier les membres de ma famille ?

En cours d'adhésion, vous avez la possibilité d'ajouter ou de radier un membre de votre famille afin de tenir compte de l'évolution de votre situation familiale.

- Ajout d'un membre de votre famille :

En cas de naissance ou d'adoption la modification intervient à la date de l'évènement à la condition que la demande nous soit envoyée dans les **2 mois** qui suivent l'évènement, accompagnée de la copie de l'acte de naissance.

À défaut et dans tous les autres cas, la modification intervient au **1er jour du mois** qui suit la réception de votre demande.

- Radiation d'un membre de votre famille :

La modification intervient au **1er jour du mois** qui suit la réception de votre demande, **sauf en cas de décès** d'un membre de la famille où la modification intervient à la date de l'évènement.

Comment renoncer à mon adhésion dans le délai de 30 jours ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion **dans les 30 jours** qui suivent la date de signature de votre adhésion (ou la réception de votre Certificat d'adhésion si elle est postérieure à la date de signature).
Ce délai expire le dernier jour à 24 heures (minuit). Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il ne sera pas prolongé.

Vous pouvez exercer votre droit de renonciation :

- par lettre ou tout autre support durable, adressée à AvoCotés Assurances - ADLP Assurances, Immeuble Burovert, ZA Les Hâtes du Vernoy, 89130 TOUCY
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication

La renonciation entraîne le remboursement intégral de votre cotisation versée **dans les 30 jours** qui suivent la date de réception de votre demande. Si vous avez reçu des prestations, vous devez nous les rembourser en totalité avant toute restitution de notre part.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

> Je soussigné(e) (nom, prénom(s)) ……, qui demeure (adresse complète) ……. déclare renoncer à mon adhésion au contrat ……. n° 00……. , qui a débuté le ……
> Fait à ……, le ……
> Signature

Comment dénoncer mon adhésion après le délai de renonciation de 30 jours ?

Vous avez la possibilité de dénoncer votre adhésion ainsi que celle de toute votre famille :

- **au terme de la 1er échéance annuelle** de votre adhésion moyennant un préavis adressé au plus tard 2 mois avant cette date. La dénonciation prend effet à la date d'échéance annuelle à compter de la notification de la dénonciation par l'Adhérent.
- **à tout moment à compter des 12 premiers mois d'adhésion**. La dénonciation prend effet à l'échéance mensuelle suivante à compter de la notification de la dénonciation par l'Adhérent.
- **à tout moment** : en cas de modification de vos droits et obligations, dans le délai de 30 jours qui suit la réception de votre nouvelle notice ou de votre notice additive. La dénonciation prend effet 1 mois après la réception de votre demande de dénonciation.

La dénonciation doit nous parvenir par les mêmes moyens que la renonciation.

Nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

Si vous mettez fin à votre adhésion, vous devez payer la cotisation pour la période où vous étiez couvert par votre contrat. Cette période est calculée à partir du début de votre adhésion jusqu'à la date de fin de celle-ci (date d'effet de votre dénonciation).

Si vous avez payé une partie de votre cotisation à l'avance, nous vous la rembourserons.

Dans le cas où vous souhaiteriez dénoncer votre adhésion pour adhérer auprès d'un nouvel assureur, celui-ci peut effectuer les formalités de dénonciation pour votre compte.

Le nouvel assureur devra s'assurer à ce qu'il n'y ait pas d'interruption de vos garanties durant cette procédure.

Quand prennent fin mes garanties ?

VOUS	VOTRE FAMILLE
Vous ne bénéficiez plus de vos garanties à la date à laquelle cesse votre adhésion (indiquée en page 4)	Votre famille ne bénéficie plus des garanties : ▪ à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de vos garanties ▪ à la date à laquelle les membres de votre famille ne répondent plus aux définitions des personnes bénéficiaires des garanties ▪ à la date à laquelle vous ne souhaitez plus faire bénéficier un des membre de votre famille des garanties

MA COTISATION

Comment ma cotisation est-elle calculée ?

Le montant de votre cotisation est indiqué sur votre certificat d'adhésion.
Il dépend des éléments suivants :

- le (les) niveau(x) de garanties, les éventuelles options ainsi que le (les) poste(s) de garanties que vous avez choisi
- le nombre de personnes qui bénéficie des garanties
- le régime de Sécurité sociale applicable (régime général pour vous et/ou régime Alsace-Moselle pour les membres de votre famille)
- l'âge des personnes qui bénéficient des garanties
- le département de votre résidence principale
- des dispositions législatives et réglementaires existantes

Qui est pris en compte dans le calcul de ma cotisation ?

Bénéficiaires	Cotisation à payer en fonction de votre choix
Assuré / Conjoint(e) / Enfant(s)	▪ Vous ▪ Vous + votre conjoint(e) ▪ Vous + votre(vos) enfant(s)* ▪ Vous + votre conjoint(e) + votre(vos) enfant(s)*

* Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant et sans limitation.

Quand et comment évolue ma cotisation ?

Votre cotisation est modifiée tous les ans, à la date d'anniversaire de votre adhésion, en fonction de l'âge des personnes assurées (l'âge réel des personnes assurées à la date d'anniversaire de l'adhésion) et en fonction de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé.

Elle peut également être modifiée :

- chaque année, à la date d'anniversaire de votre adhésion
- en cas d'évolution des résultats techniques des contrats ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX et SANTEFLEX OPTION ECO en cours d'année, en cas d'évolutions législatives et réglementaires
- au 1er jour du mois qui suit la date de notre prise de connaissance, en cas :
  - de changement du département de votre résidence principale ;
  - de demande de modification de votre (vos) formule(s) de garanties, de votre option et/ou de votre (vos) poste(s) de garanties ;
  - d'ajout d'un membre de votre famille ou de radiation d'un membre de votre famille, **sauf en cas de naissance, d'adoption ou de décès (à la date de l'événement).**

Votre nouvelle cotisation sera indiquée sur l'avis d'échéance transmis dans les deux mois précédant la date anniversaire de votre contrat ou sur un avenant au certificat d'adhésion en cas de modifications de votre contrat en cours d'année.

Comment payer ma cotisation ?

Le montant de votre cotisation mensuelle est indiqué sur votre certificat d'adhésion. Votre cotisation est payable d'avance à la date de son échéance en fonction du choix que vous avez indiqué sur votre demande d'adhésion.

Payeur	Moyen de paiement	Périodicité de paiement
Vous	- Prélèvement automatique sur le compte bancaire - Chèque*	- Mensuelle - Trimestrielle* - Semestrielle* - Annuelle*

* Pour le paiement par chèque, la périodicité est uniquement semestrielle, trimestrielle, ou annuelle

Que se passe-t-il en cas de non-paiement de ma cotisation ?

Nous vous enverrons une lettre recommandée avec accusé de réception si la cotisation n'est pas payée, au plus tôt dans les **10 jours** qui suivent la date d'échéance.

Vos garanties et celles de votre famille sont suspendues **30 jours** après la réception de la mise en demeure.
Elles reprennent à midi le lendemain du jour où vous avez payé les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Si la cotisation reste impayée, vos garanties et celles de votre famille prennent fin **10 jours** après l'expiration du délai de 30 jours susvisé.
Dans tous les cas, les cotisations qui correspondent à la durée de votre contrat doivent nous être payées.

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE MES SOINS

Le montant des remboursements est mentionné au(x) « tableau(x) de garanties » en vigueur.
Pour le calcul des remboursements, nous prenons en compte les **garanties dont vous bénéficiez au moment des soins** :

- pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date de vos soins retenue par la Sécurité sociale
- pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date de facturation de vos soins

Nous vous réclamerons toute somme versée à tort.

Vos demandes de remboursements doivent nous être adressées **dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de réalisation des soins.**

Pour les garanties exprimées en forfait annuel, vous ne pouvez pas être remboursé au-delà de ce que vous avez dépensé. Les forfaits exprimés en euros le sont par années d'adhésion.

Vous ne pouvez pas reporter ou cumuler votre forfait d'une année à l'autre.

Quelles sont les pièces nécessaires pour être remboursé ?

Le délai de remboursement des prestations débute à réception de l'ensemble des pièces justificatives. Nous pouvons vous demander des documents supplémentaires avant ou après avoir effectué le remboursement de vos soins.

Ce remboursement peut nécessiter la fourniture des pièces justificatives suivantes :

Justificatif à fournir à notre demande en cas de traitement via ou hors NOEMIE	Hospitalisation	Dentaire	Optique	Appareil auditif	Cure thermale	Maternité	Adoption
Devis détaillé et accepté		✓	✓	✓			
Facture détaillée (le cas échéant codification et montants réglés, frais de transport et hébergement) **et acquittée**	✓	✓	✓	✓	✓		
Ordonnance médicale			✓	✓			
Bilan visuel			✓				
Certificat d'authenticité			✓	✓			
Justificatif chambre particulière	✓						
Photocopie du livret de famille ou acte de naissance						✓	
Copie du jugement d'adoption plénière							✓

Autres justificatif à fournir en cas de traitement hors NOEMIE	Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans ordonnance médicale)	Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale [2]
Décompte original de la Sécurité sociale complété des pièces citées ci-dessus	✓			
Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'État[1] dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET ou RPPS[3] et/ou précisant le nom du produit		✓	✓	✓
Ordonnance médicale				✓

1 - Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » (ou des chirurgiens-dentistes ou des sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire dans le cas où ils pratiquent l'acupuncture dans le cadre de leur activité professionnelle)
2 - Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search
3 - RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Que se passe-t-il en cas de contrats multiples souscrits auprès de plusieurs assureurs ?

Si vous bénéficiez de contrats auprès d'un ou de plusieurs autres assureurs, vous ne pouvez pas être remboursé au-delà de ce que vous avez dépensé, que ce soit par les assureurs et la Sécurité sociale.

Comment se passe un contrôle médical ?

Nous pouvons procéder à un contrôle médical avant ou après le remboursement des prestations.

Nous choisissons le professionnel de santé qui s'en occupera et nous payons les frais.

Si vous le souhaitez, vous et les membres de votre famille avez la possibilité de vous faire assister par le médecin de votre choix ou de partager les conclusions de votre médecin traitant. Si vous ne voulez pas passer le contrôle, nous ne pourrons pas vous rembourser les frais engagés. Vous devrez nous rembourser les sommes que vous avez perçues par erreur.

Si les résultats du contrôle ne vous conviennent pas, vous ou votre famille pouvez envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à notre médecin-conseil ou dentiste consultant **dans les 30 jours qui suivent la notification.** Vous devez envoyer une lettre expliquant pourquoi vous n'êtes pas d'accord et joindre les documents médicaux pour appuyer votre point de vue.

Si nous ne trouvons pas de solution ensemble, nous pouvons faire appel à un 3e médecin pour prendre une décision. Il sera désigné par votre médecin et le nôtre. Si nous ne trouvons pas d'accord pour le choix de ce médecin, vous et/ou nous-même pourrons demander au président du tribunal de votre domicile de le désigner.

Chacun paie les honoraires de son médecin et nous partagerons les frais du 3e médecin.

À l'issue des conclusions :

- nous déciderons si nous vous remboursons ou non les prestations contestées

ou

- nous vous réclamerons les sommes que vous avez perçues par erreur

Comment bénéficier d'une dispense d'avance de frais (tiers payant) ?

Vous ainsi que les membres de votre famille bénéficiez d'une dispense d'avance de frais (tiers payant).

Dans le cadre du contrat « **SANTÉFLEX » n° 003477500000000 et « SANTÉFLEX option ECO » n° 003477510000000**, le tiers payant s'applique sur l'ensemble des soins qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Il s'applique également au moins à hauteur du ticket modérateur (TM) (différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de celle-ci) et si les professionnels de santé sont partenaires de notre opérateur de tiers payant.

Si le tiers payant n'est pas possible, vous devrez avancer une partie des frais.

Ensuite, envoyez-nous la demande avec les justificatifs pour être remboursé conformément au niveau de garanties que vous avez choisie. Vous pouvez nous les adresser par courrier à l'adresse postale Unité de Gestion AvoCotés, TSA 80023, 51726 REIMS CEDEX, par courriel à l'adresse gestionavocotes@cpms.fr, ou via votre espace personnel CPMS.

SPÉCIFICITÉS DES CONTRATS ET EXCLUSIONS

NATURE DES CONTRATS

Le contrat « **SANTÉFLEX n° 003477500000000 et « SANTÉFLEX option ECO » n° 003477510000000** sont « **solidaires** » car le montant de leurs cotisation ne dépendent pas de votre état de santé.
Ils sont aussi « **responsable** » car ils prennent en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, y compris pour :
  - les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique
  - les protections hygiéniques réutilisables remboursées par la Sécurité sociale
  - les consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle et es séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes bénéficiant aux personnes en situation de handicap, relevant de l'article L. 2134 du Code de la santé publique
  - les frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article 2132-2-1 du Code de la santé publique
  - les frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus, visé à l'article L. 2134-1 du Code de la santé publique
  - les frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés visés à l'article L. 4012-1 du Code de la santé publique

  sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance Maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques)
- la participation forfaitaire pour les actes lourds et couteux mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique
- les prestations 100 % SANTÉ précisées ci-dessous
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée
- le forfait patient urgence(s)

Le contrat responsable peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Dans ce cas :

- le remboursement est **minoré de 20 %** de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

et

- le remboursement est **limité à 200 %** de la base de remboursement

Les contrats « **ACCESS** » n° 003477300000000 et « **SANTÉ HOSPI +** » n° 003477400000000 sont « **solidaires** » et « **non responsables** ». Ils vont au-delà des limitations fixées par le contrat responsable.

DISPOSITIF « 100 % SANTÉ »

Le contrat responsable inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».
Vous accédez à une sélection de **lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans aucun reste à charge.**
Que le contrat soit « responsable » ou « non responsable », les définitions liées aux garanties optique, dentaire ou aide auditive s'appliquent.

Optique

L'équipement optique est composé de **2 verres** et d'**1 monture**.

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe A ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe B »), vous êtes libre dans le choix de l'équipement : il vous est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat « responsable » et dans les limites des garanties mentionnées dans le(s) tableau(x) de garanties

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit 2 verres de « classe A » et 1 monture de « classe B »
- soit 2 verres de « classe B » et 1 monture de « classe A »

  - Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique (verres et monture)**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».
  - Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits** pour chaque composante.

Les verres plans ne sont pas remboursés, sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

DÉFINITIONS DES VERRES :

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement de l'équipement est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement.
Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

	Bénéficiaires de 16 ans et +	**Bénéficiaires de - de 16 ans**
Périodicité de renouvellement de droit commun	▪ **2 ans** qui suivent la dernière facturation	▪ **1 an** qui suit la dernière facturation ▪ **6 mois** pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	▪ **1 an** pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + 1 monture)	▪ renouvellement de la prise en charge possible **sans délai** pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	▪ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ▪ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ▪ somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	

Constatation de l'évolution de la vue	▪ soit présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription** médicale et comparaison avec l'ancienne ▪ soit **adaptation de la prescription** médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	▪ sur présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription** médicale ophtalmologique

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières	
Périodicité de renouvellement dérogatoire	▪ **aucun délai** de renouvellement des verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	▪ cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018
Constatation de l'évolution de la vue	▪ présentation à l'opticien d'une **nouvelle prescription médicale** ophtalmologique avec mention de l'existence d'une **situation médicale particulière**

Dentaire

3 TYPES DE PROTHÈSES :

- des prothèses « 100 % Santé » sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des « honoraires limites de facturation » qui s'imposent aux dentistes
- des prothèses à tarifs **maîtrisés / modérés** : elles vous sont remboursées dans la limite des « honoraires limites de facturation » et des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties
- des prothèses **à tarifs libres** : vous êtes libre dans le choix des techniques et matériaux. Elles vous sont remboursées dans la limite des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties

Auditif

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe I ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe II ») : vous êtes libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées au(x) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond :
  - inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale
  - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires)

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement d'1 appareil auditif par oreille est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Le renouvellement est possible **tous les 4 ans.**

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE MES GARANTIES

Qu'est-ce que nous ne prenons pas en charge ?

Conformément à la réglementation,

- **les pénalités financières qui s'appliquent hors parcours de soins ainsi que la contribution forfaitaire et les franchises médicales,**
- **Les actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties**
- **Les soins effectués avant la date de début du contrat souscrit par l'association ou avant la date de début de votre adhésion ou de celle des membres de votre famille,**
- **Les soins effectués après la date de résiliation du contrat ou à la date de fin de vos garanties ou de celle des membres de votre famille,**
- **Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **Tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne rembourse pas les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),**
- **Tout équipement optique composé de verres plans (sans correction), sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **L'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) territorialement compétente et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),**
- **Le forfait journalier hospitalier pour les établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.),**
- **Dans le cadre des chambres particulières :**
  - **les appartements privatifs**
  - **les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants**
- **Dans le cadre de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, les produits dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est de 20 % (produits dits « de confort »)**
- **Dans le cadre de la parodontologie, les mentions « non pris en charge » (NPC) et « non remboursé » (NR) ne sont pas des codifications de la nomenclature de la Sécurité sociale. À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les actes non-inscrits à la nomenclature mentionnés hors nomenclature (HN)**
- **La cigarette électronique,**
- **la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé.**

Comment les soins à l'étranger me sont-ils remboursés ?

Les soins à l'étranger peuvent être remboursés à la condition de respecter les **2 conditions cumulatives** suivantes :

- faire auparavant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale et
- avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée.

Vous êtes remboursé :

- en euros, dans la limite de vos garanties
- sur la base de la codification des actes médicaux de la Sécurité sociale
- dans les mêmes conditions que les médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- les remboursements sont plafonnés à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins de même nature dans la limite des garanties.

A SAVOIR : la Notice d'Information valant Conditions générales des contrats d'assurance AvoCotés ne permet pas l'adhésion des personnes expatriées.

Comment la chambre particulière m'est-elle remboursée ?

La chambre particulière peut être prise en charge en fonction de votre tableau de garanties, dans la limite d'un **forfait** précisé au(x) tableau(x) des garanties, à la condition :

- d'être clairement demandée par vous ou un membre de votre famille
- d'avoir son tarif publiquement affiché
- de faire **l'objet d'une facturation qui détaille les services fournis par l'établissement hospitalier**

NE SONT PAS REMBOURSÉS :

- **les appartements privatifs**
- **les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés par la personne hospitalisée ou ses accompagnants, sans ordonnance médicale.**

Comment la pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

La pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale peut être prise en charge en fonction de votre tableau de garanties et correspond :

- aux produits pharmaceutiques réglementés
- aux allergènes préparés spécialement pour un individu (APSI) règlementés
- aux compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5 %

Ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort").

Comment l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

L'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale peut être prise en charge en fonction de votre tableau de garanties et correspond uniquement **aux traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'État référencé auprès des autorités compétentes**.

Comment la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

La parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale peut être prise en charge en fonction de votre tableau de garanties et correspond uniquement **les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale valable à la date des soins qui font l'objet d'une demande de remboursement**.

Les actes médicaux "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes médicaux HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

FAUSSE DÉCLARATION

Vos déclarations nous servent de base à l'application des garanties.

FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE :

L'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous restent acquises.

FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, nous pouvons :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou mettre fin votre adhésion
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si nous avions eu en notre possession la déclaration exacte et complète

PERTE DU DROIT A INDEMNISATION (DÉCHEANCE DES GARANTIES)

Vous ou votre famille êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné ou à l'occasion d'un sinistre :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre qui porte sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences de celui-ci
- si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations

Vous vous exposez également dans certains cas à des poursuites pénales.

DÉLAI MAXIMUM DES DEMANDES DE PRESTATIONS (PRESCRIPTION)

Les actions relatives au contrat sont prescrites **dans un délai de 2 ans à compter de l'événement** qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte de votre part sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance
- en cas de réalisation du risque, que du jour où nous en avons eu connaissance, si nous prouvons que nous l'avons ignoré jusque-là

Lorsque vous ou votre famille intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action à votre encontre ou à l'encontre de votre famille ou a été indemnisé par vous ou votre famille.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil) que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice, même en référé
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception que nous vous adressons pour le paiement de la cotisation
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un recommandé électronique, que vous ou votre famille nous adressez pour le règlement des prestations

NOTRE RECOURS CONTRE LE RESPONSABLE DU SINISTRE (SUBROGATION)

Lorsque vous ou votre famille êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son propre assureur.
Lors de votre demande de prestation, lorsque le dommage est causé par un tiers responsable, vous ou votre famille devez nous en informer.

CONTACT EN CAS DE RÉCLAMATION OU DE MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous et/ou votre famille pouvez contacter votre conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit à :

- par mail à : reclamation@adlp-assurances.fr
- par courrier à : AvoCotés Assurances - ADLP Assurances, Immeuble Burovert, ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY

Le service réclamation accusera réception de votre demande **dans les 10 jours** ouvrables qui suivent la date d'envoi de votre réclamation écrite (sauf si une réponse est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse **dans un délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1re réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à votre réclamation n'a pu être trouvée ou lorsque nous n'avons pas répondu **dans le délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1re réclamation écrite, vous et/ou votre famille vous pouvez vous adresser au médiateur de l'assurance, à l'adresse suivante :

- La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

ou

- par voie électronique : https://www.mediation-assurance.org

dans un délai maximal de 1 an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à notre attention et sans préjudice du droit d'agir en justice.

JURIDICTION COMPÉTENTE EN CAS DE CONFLIT

À défaut de règlement amiable, toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Nous sommes tenus au respect de la règlementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Nous avons des obligations d'identification, de connaissance vous concernant et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, nous pouvons être amenés à recueillir des informations afin de vérifier votre identité ou celle des membres de votre famille et de justifier des opérations réalisées.

UTILISATION ET PROTECTION DE MES DONNEES PERSONNELLES COLLECTÉES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel (en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous et les membres de votre famille êtes informés que nous traitons, en qualité de responsable de traitement, vos données personnelles identifiées et décrites ci-après :

Détails de vos données	**Finalités de vos données** **Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, nous nous engageons à ne pas exploiter vos données et celles des membres de votre famille dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :**	**Catégorie de destinataires de vos données**	**Durée de conservation de vos données** Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :
▪ Données **d'identification** ▪ Données relatives à **votre situation familiale, à votre vie personnelle, votre santé** ▪ Données **économique, patrimoniale et financière, professionnelle** ▪ Données relatives à **l'appréciation du risque**	▪ la souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ▪ l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous et les membres de votre famille exprimez ▪ la gestion de vos avis et de ceux des membres de votre famille sur les produits, services ou contenus que nous et nos partenaires proposons ▪ l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ▪ l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de votre non-réidentification ▪ l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à votre inscription sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ▪ A ce titre, nous pouvons utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine ▪ La proposition que nous faisons à vous et aux membres de votre famille d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par nous ou nos partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités ▪ La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination et celle des membres de votre famille (Aucune prospection commerciale n'est réalisée en présence d'un courtier apporteur).	▪ nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données ▪ les sous-traitants éventuels ▪ les délégataires de gestion ▪ les intermédiaires d'assurance ▪ les réassureurs et coassureurs ▪ les organismes professionnels habilités ▪ les partenaires ▪ les sociétés extérieures	▪ des finalités pour lesquelles les données sont collectées ▪ de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat ▪ de nos obligations légales ▪ des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation

▪ Données relatives à votre santé : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui des membres de votre famille	▪ la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.	▪ Notre service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical ▪ Les acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019	

Nous nous engageons à ce que vos données personnelles et celles des membres de votre famille ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vous avez la possibilité de donner votre consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels vous souhaitez être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en vous rendant sur votre espace Client.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, votre consentement explicite et spécifique et celui des membres de votre famille est recueilli pour permettre le traitement de vos données personnelles de santé.

À ce titre, les données personnelles relatives à votre santé et celles des membres de votre famille sont traitées dans des conditions :

- garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles des membres de votre famille
- permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et de vous informer dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour vos droits et libertés.

Si vos données personnelles et celles des membres de votre famille venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, nous nous assurerons que ce tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Vous et les membres de votre famille disposez de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de vos données) que vous pouvez exercer :

- via notre site internet www.malakoffhumanis.com dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 9.

Vous et les membres de votre famille pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL, et vous opposer au démarchage téléphonique et suivre les démarches distinctes indiquées dans notre Politique de protection des données à caractère personnel sur notre site : https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees ou sur demande à l'adresse par courrier postal à Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Nous sommes soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution - **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

LOI ET LANGUE UTILISÉE :

Nous utilisons la langue française et appliquons la loi française :

- dans notre relation précontractuelle avec vous
- dans notre relation contractuelle avec vous (interprétation et exécution de votre adhésion, etc.)

COMMUNICATION DÉMATÉRIALISÉE :

Pour vos prestations santé :
Nous communiquons avec vous de façon dématérialisée via votre Espace Assuré CPMS ou par email pour la gestion de votre adhésion.
Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier.

La demande peut être adressée comme suit :

- par courrier à : CPMS - Unité de Gestion AvoCotés - TSA 80023- 51726 REIMS CEDEX
- par mail : gestionavocotes@cpms.fr
- par téléphone : 01 76 24 66 33
- par l'application : My CPMS

Concernant la vie de votre contrat et/ou vos cotisations :

- par courrier à : AvoCotés Assurances - ADLP Assurances, Immeuble Burovert - ZA Les Hâtes du Vernoy – 89130 TOUCY
- par mail : serviceclients@avocotes.com
  par téléphone : 0 974 750 175 (appel non surtaxé)

LEXIQUE

VOUS ET VOS INTERLOCUTEURS :

Vous (la personne assurée) : la personne physique, âgée de 18 à 86 ans à la date de l'adhésion, affilié(e) au régime de Sécurité sociale, résidant et exerçant son activité en France hexagonale (y compris les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), membre de l'association souscriptrice, qui adhère et qui bénéficie des garanties.

Votre famille / les membres de votre famille (ayants droit) : les autres personnes qui bénéficient des garanties en leur qualité :

- **de conjoint(e) :**
  - votre époux(se) non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e)
  - votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS)
  - votre concubin(e) qui vit en couple, de manière stable et continue avec vous, sous réserve que vous soyez tous les deux libres de tout engagement (mariage ou PACS)
- **d'enfants à charge :**
  - vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
  - être âgés de **moins de 21 ans**
  - bénéficier d'un régime de Sécurité sociale
  - être fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint(e), c'est-à-dire pris en compte pour l'application de votre quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous ou votre conjoint(e) déduisez fiscalement de votre revenu global

  Cette limite d'âge est portée **à 26 ans** pour ceux qui remplissent l'une des conditions suivantes :
  - poursuivre leurs études et ne pas disposer de ressources propres qui proviennent d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)
  - suivre une formation en alternance ou se trouver sous contrat d'apprentissage
  - être inscrits à France Travail comme primo-demandeurs d'emploi ou effectuer un stage préalablement à l'exercice d'un 1er emploi rémunéré

Les limites d'âge sont supprimées pour ceux qui bénéficient d'une allocation en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) option « invalidité », sous réserve l'invalidité ait été reconnue avant les limites d'âge prévues ci-dessus (21 ans ou 26 ans sous conditions).

L'association (souscripteur) : Association AvoCotés
Association **n°W931028846** régie par la loi du 1er juillet 1901 - Siège social : 3 rue Henri Rol Tanguy, 93100 Montreuil

Nous (l'assureur) : QUATREM
Société anonyme au capital de 510 426 261 euros - Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
Le contrat est régi par le Code des assurances.

DÉFINITIONS :

Accident : toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et qui provient de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à vous-même ou aux membres de votre famille.

Actes : les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures qui définissent les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au certificat d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et qui dispose de l'un des numéros suivants :
  - système d'identification du répertoire des établissements (SIRET)
  - répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Adhésion : date à partir de laquelle vous bénéficiez des garanties et vous devez payer votre cotisation

Age : il s'agit de votre âge réel ou de l'âge réel des membres de votre famille à la date de l'adhésion ou à la date de sa modification.

Appairage : processus qui permet d'ajuster les deux verres de vos lunettes pour une meilleure utilisation (verres centrés et alignés).

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : tarif qui sert de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr.

Dénonciation : faculté de mettre fin à votre adhésion et à celle des éventuels membres de votre famille.

Dispositifs de pratique tarifaire maitrisée : dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, qui ont pour objet la maitrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique).
Les professionnels de santé conventionnés qui exercent en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement qui ont choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuairesante.ameli.fr.

Forfait patient urgence : forfait dû pour vos passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Franchise : somme déduite par la Sécurité sociale - et non prise en charge par le contrat responsable - de ses remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : État de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : ce montant est calculé ainsi :
[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].

Mon soutien psy : prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ». Depuis le 5 avril 2022, nous remboursons le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

Nomenclature : codification des actes et des médicaments qui donnent lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins coordonnés : obligation pour toute personne de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste pour ne pas être pénalisé dans son remboursement, sauf :

- en cas d'urgence
- en cas d'éloignement du domicile
- lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé : ophtalmologue, gynécologue, stomatologue, psychiatre et neuropsychiatre pour toute personne âgée de moins de 26 ans

Participation forfaitaire : montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable que vous devez en tant qu'assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que tous les actes de biologie et de radiologie.

Renonciation : faculté légale de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours de la prise d'effet de celle-ci.

Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) : montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Reste à charge : part des dépenses de santé qui reste à votre charge et à celle des membres de votre famille après le remboursement de la Sécurité sociale et le nôtre.

Secteur conventionné : l'ensemble des professionnels de santé qui a adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et qui pratique des tarifs contrôlés. À l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale.

Secteur non conventionné : l'ensemble des professionnels de santé qui n'a pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et qui pratique des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : régime général ou local de Sécurité sociale française dont vous dépendez ainsi que les membres de votre famille.

Sinistre : survenance des soins.

Support durable : tout instrument qui permet à la personne qui utilise des services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique.

Ticket modérateur (TM) : participation aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.
Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.
Le ticket modérateur est égal à la différence entre la BR et le MR.

Distributeur : ADLP Assurances (Groupe Dékuple)
SAS au capital de 2 064 484 € 3 rue Henri Rol-Tanguy 93100 Montreuil - RCS Bobigny 799 342 118 - Courtier d'assurance
Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 14001699 (www.orias.fr).
Service Réclamations : reclamation@adlp assurances.fr. AvoCotés est une marque de la société ADLP Assurances.

Assureur : Quatrem
Société anonyme au capital de 510 426 261 euros - Entreprise régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

713NIACC_0034773_1125

Assurance Assistance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : Filassistance International – Société anonyme régie par le Code des assurances immatriculée en France - N° SIREN : 433012689
Produit : FIC24SAN0030

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Les garanties du produit d'assistance santé ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie ayant entrainé une immobilisation ou une hospitalisation.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

GARANTIES ASSISTANCE INCLUSES

- **Si adhésion au Module 1 - Services d'assistance « KIDS » :**
  - ✓ **En cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation supérieure à 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint :** garde des enfants et des ascendants, conduite des enfants à l'école,
  - ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures, à plus de 50 km du domicile, de l'enfant âgé de moins de 12 ans** : présence des parents au chevet de l'enfant
  - ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures de l'adhérent ou de son conjoint** : conduite des enfants à l'école, aux activités scolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice
  - ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours de l'un des enfants suite à une maladie subite ou un accident corporel** : école à domicile à compter du 15ème jour d'absence, garde de l'enfant immobilisé au domicile, présence des parents au chevet de l'enfant hospitalisé âgé de moins de 12 ans, garde des autres enfants âgés de moins de 12 ans
  - ✓ **En cas de décès de l'adhérent** : garde ou transfert des enfants âgé de moins de 16 ans ou sans limitation d'âge pour les enfants handicapés, garde ou transfert des ascendants dépendants
- **Si adhésion au Module 2 - Services d'assistance « INFO+ »**
  - ✓ **Dès l'adhésion :** information santé 360, information juridique et vie pratique, conciergerie médico-sociale, accompagnement budgétaire et social
- **Si adhésion au Module 3 - Services d'assistance « VOYAGE »**
  - ✓ **En cas d'accident d'un bénéficiaire lors d'un déplacement privé ou professionnel en France à plus de 50 km du domicile ou à l'étranger d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs** : rapatriement sanitaire, frais de secours sur piste, prolongation de séjour médicalement justifiée, avance des frais médicaux à l'étranger, rapatriement du conjoint et des enfants du bénéficiaire rapatrié, rapatriement des animaux de compagnie, envoi d'un chauffeur en cas d'impossibilité du bénéficiaire de conduire, envoi de médicaments introuvables à l'étranger
- **Si adhésion au Module 4 - Services d'assistance au « QUOTIDIEN »**
  - ✓ **En cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint :** livraison de médicaments, jardinage ou petit bricolage
  - ✓ **En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 48 heures de l'adhérent ou de son conjoint :** aide à domicile, livraison de médicaments, livraison de courses ou portage de repas, location de téléviseur
  - ✓ **En cas de grossesse pathologique, naissance prématurée ou multiple entrainant une hospitalisation imprévue supérieure à 8 jours consécutifs du bénéficiaire :** aide à domicile, livraison de médicaments, jardinage ou petit bricolage, préparation du retour à domicile après une hospitalisation

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Frais liés aux transports primaires d'urgence
- ✗ Frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE
- ✗ Opérations ou traitements esthétiques, cures, régimes, contraception, frais optiques, vaccins et leurs conséquences
- ✗ Voyages de plus de 60 jours consécutifs
- ✗ Voyages dans les zones formellement déconseillées par le gouvernement français
- ✗ Voyages entrepris aux fins de diagnostic et/ou de traitement
- ✗ Sinistres pour lesquels l'évènement est survenu en dehors de la période de couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion

Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! **Fait intentionnel du bénéficiaire**
- ! **Conséquences de la participation en tant que concurrent à des épreuves sportives à titre non amateur**
- ! **Conséquences d'explosions d'engins et effets nucléaires radioactifs**
- ! **Conséquences de la Guerre civile ou étrangère**
- ! **Conséquences d'évènements climatiques**
- ! **Conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool**
- ! **Conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique**

Exclusions spécifiques à la garantie « Avance des frais médicaux engagés à l'étranger »

- ! **Les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation d'urgence**
- ! **Les frais médicaux pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découle**
- ! **Les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement**

Exclusions spécifiques aux rapatriements

Sont exclus les rapatriements qui seraient la conséquence :

- ! **de l'état de grossesse sauf complications imprévisibles et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse**
- ! **de complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée selon les termes et conditions du Contrat**
- ! **de traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'adhérent**

Cette liste n'est pas exhaustive. Retrouvez l'intégralité des exclusions et limitations dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties assistance des Modules 1 – Services d'assistance « KIDS », 2 – Services d'assistance « INFO+ » et 4 – Services d'assistance au « QUOTIDIEN » sont acquises en France métropolitaine et dans les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte et la Réunion
- ✓ Les garanties assistance du Module 3 - Services d'assistance « VOYAGE » sont acquises en France à plus de 50 km du domicile et à l'étranger dans le respect des restrictions spécifiques, indiquées dans le contrat, qui peuvent s'appliquer pour certains pays étrangers

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance (sauf force majeure),
- obtenir l'accord préalable de FILASSISTANCE INTERNATIONAL avant d'entamer toute démarche.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont en fonction des modules choisies et incluses dans les cotisations réglées au titre du contrat d'assurance santé AvoCotés ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option Eco ;
- Les prélèvements sont faits de façon mensuelle, par débit d'un compte bancaire au nom de l'adhérent ouvert auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union européenne.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé AvoCotés (ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option Eco). Les garanties d'assistance sont incluses dans l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé AvoCotés, selon le(s) Module(s) choisi(s) par l'Adhérent : Module 1 - Services d'assistance « KIDS », Module 2 - Services d'assistance « INFO », Module 3 - Services d'assistance « VOYAGES », Module 4 - Services d'assistance au « QUOTIDIEN »

La couverture prend fin :
- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé AvoCotés (ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option Eco)
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance FIC24SAN0030.

Comment puis-je résilier le contrat ?

- L'adhérent peut résilier son adhésion au contrat d'assurance santé AvoCotés ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option Eco au-delà de la 1ère année d'assurance à tout moment en adressant à ADLP Assurances, une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation au contrat d'assurance santé AvoCotés entraîne la résiliation au collectif d'assistance FIC24SAN0030.
- Cette résiliation prendra effet à la date d'échéance mensuelle qui suit la date de réception de ladite lettre par ADLP Assurances.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter ADLP Assurances au 0974 75 01 75 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 9h à 17h (sauf jours fériés).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme au capital de 4 100 000 euros – 433 012 689 RCS Nanterre – Identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, Siège social : 108 Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances - www.filassistance.fr

« SERVICES D'ASSISTANCE AVOCOTES COMPLEMENTAIRE SANTE »

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT COLLECTIF n° FIC24SAN0030

L'Association AvoCotés, association régie par la Loi du 1er juillet 1901, enregistrée au Registre National des Associations (RNA) sous le **numéro W931028846**, dont le siège social se situe 3 rue Henri Rol-Tanguy 93100 Montreuil, a souscrit le contrat collectif d'assistance **n° FIC24SAN0030**.

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

Ces garanties d'assistance sont proposées en inclusion au contrat d'assurance complémentaire santé AvoCotés ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option Eco et distribuées par ADLP Assurances, SAS au capital de 2 064 484 €, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 799 342 118, inscrit au Registre National des Intermédiaires sous le n°14001699 en qualité de Courtier en assurance (www.orias.fr).

COORDONNEES UTILES FILASSISTANCE

Téléphone	09 77 40 21 91 (depuis la France) +33 9 77 40 21 91 depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties accessibles diffèrent selon le(s) Module(s) souscrit(s) par l'Adhérent.

Selon les stipulations prévues **à l'article II. TABLEAUX SYNOPTIQUES ET DESCRIPTIF DES GARANTIES D'ASSISTANCE**, les garanties peuvent être dues dès lors que le fait générateur survient en France ou à l'Etranger.

Quelle est la période des garanties ?

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

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC24SAN0030** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :
- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé de AvoCotés (ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX et SANTEFLEX option Eco) ;
- en cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC24SAN0030**.

I. DEFINITIONS

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

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 du contrat d'assurance complémentaire santé AvoCotés (ACCESS, SANTE HOSPI+, SANTEFLEX ou SANTEFLEX option ECO et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, 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 : l'Adhérent personne physique, son Conjoint et leurs Enfants fiscalement à charge vivant sous le même toit que l'Adhérent ainsi que toute personne désignée dans la garantie, résidant en France telle que définie au terme du Contrat, susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

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°FIC24SAN0030.

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

Enfant : Les Enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint répondant à l'une des conditions suivantes :
- Les enfants âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études et immatriculés au régime de sécurité sociale des étudiants,
- Les enfants en apprentissage ou en contrat de qualification percevant une rémunération inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- Les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité d'au moins 80%, quel que soit leur âge,
- Les enfants âgés de moins de 25 ans ayant terminé leurs études, inscrits à Pôle Emploi, à la recherche d'un premier emploi et percevant une allocation inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- Les enfants âgés de moins de 25 ans effectuant un stage.

Equipe médico-psycho-sociale : les médecins, assistantes sociales, psychologues 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.

Etranger : tout pays autre que la France, **à l'exclusion des zones formellement déconseillées par le ministère des affaires étrangères français dont la liste, par pays, est accessible sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/.**

Evènement : toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**. L'Evènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

France : France métropolitaine, les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Grossesse pathologique : grossesse, qualifiée comme pathologie par une autorité médicale compétente, qui fait l'objet de complications (soit en cours de grossesse, soit lors de l'accouchement) et qui nécessite une surveillance médicale accrue.

Handicap : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, reconnue comme telle par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

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

Hospitalisation imprévue : toute Hospitalisation qui n'était pas connue cinq (5) jours avant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Immobilisation : état d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par une Autorité Médicale Compétente et nécessitant le repos au Domicile.

Immobilisation imprévue : l'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive soit à un acte/traitement médical délivrée par cette dernière qui n'a pas été planifié **dans les 48 heures** précédant sa délivrance, soit à un Accident.

Maladie : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une Autorité Médicale Compétente.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence :
- pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine : zone couvrant la France métropolitaine.
- pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

II. TABLEAUX SYNOPTIQUES ET DESCRIPTIF DES GARANTIES D'ASSISTANCE

MODULE 1 – SERVICES D'ASSISTANCE « KIDS »

Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance « KIDS ».

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : les Enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les Enfants handicapés, les Ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation.

Garde ou transfert des Enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les Enfants handicapés : ● Garde à Domicile ● OU Transfert des Enfants chez un proche ● OU Venue d'un proche au Domicile	**10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement** **1 Titre de transport par Enfant par Evènement** **1 Titre de transport par Evènement**
Conduite des Enfants à l'école, aux activités extrascolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice *(en cas d'Immobilisation ou d'Hospitalisation imprévue uniquement)*	**2 A/R par jour dans un rayon de 25 Km du Domicile, dans la limite de 5 jours, pour l'ensemble des Enfants, par Evènement**
Garde ou transfert des Ascendants dépendants : ● Garde à Domicile ● OU Transfert des Ascendants chez un proche ● OU Venue d'un proche au Domicile	**10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement** **1 Titre de transport par Ascendant par Evènement** **1 Titre de transport par Evènement**

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES, A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE, DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 12 ANS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

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

Présence des parents au chevet de l'Enfant hospitalisé *(la prestation doit être mise en œuvre pendant la période d'Hospitalisation de l'Enfant)* ● Transport ● Hébergement sur place	***Cette garantie est limitée à 1 une intervention par année civile.*** **1 Titre de transport par Parent, par Evènement** **15 € TTC maximum par jour, dans la limite de 5 jours maximum par Evènement**

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : les Enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les Enfants handicapés de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation.

Conduite des Enfants à l'école, aux activités extrascolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice	**2 A/R par jour dans un rayon de 25 km du Domicile, dans la limite de 5 jours répartis sur un mois, pour l'ensemble des Enfants**

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'UN DES ENFANTS SUITE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Enfant âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les Enfants handicapés de l'Adhérent ou de son Conjoint
- par Evènement : la Maladie ou l'Accident à l'origine de l'Immobilisation imprévue ou d'Hospitalisation imprévue

Ecole à Domicile à compter du 15ème jour d'absence *(en cas d'Immobilisation imprévue ou d'Hospitalisation imprévue supérieure à 14 jours de l'Enfant)*	**10 heures par semaine pendant 8 semaines maximum, à raison de 2 heures de cours minimum par matière dans la journée, dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine**

Garde de l'Enfant immobilisé au Domicile pour une durée supérieure à 5 jours	**10 heures par jour maximum dans la limite de 2 jours par Evènement**
Présence des parents au chevet de leur Enfant de moins de 12 ans *(en cas d'Hospitalisation à plus de 50 Km du domicile)*	***Cette garantie est limitée à 1 une intervention par année civile.*** **1 Titre de Transport par Parent, par Evènement** **15 € TTC maximum par jour, dans la limite de 5 jours maximum par Evènement**
Garde des autres Enfants âgés de moins de 12 ans (lorsque l'un des Enfants est hospitalisé plus de 24 heures) :	***Cette garantie est accessible 2 fois maximum, par année civile, par Enfant***
● Garde à Domicile	**20 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs, par Evènement**
● OU Transfert des Enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire	**1 Titre de transport par Evènement**
● OU Venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile	**1 Titre de transport par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : le Conjoint de l'Adhérent, leur(s) Enfants(s) - par Evènement : le décès	
Garde ou transfert des Enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les Enfants handicapés *(la prestation choisie doit être mise en œuvre dans les 30 jours qui suivent la date de décès de l'Adhérent)*	
● Garde à Domicile	**10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement**
● OU Transfert des Enfants chez un proche	**1 Titre de transport par Enfant par Evènement**
● OU Venue d'un proche au Domicile	**1 Titre de transport par Evènement**
Garde ou transfert des Ascendants dépendants *(la prestation choisie doit être mise en œuvre dans les **30 jours** qui suivent la date de décès du Bénéficiaire)*	
● Garde à Domicile	**10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement**
● OU Transfert des Ascendants chez un proche	**1 Titre de transport par Ascendant par Evènement**
● OU Venue d'un proche au Domicile	**1 Titre de transport par Evènement**

Les garanties d'assistance détaillées ci-après sont délivrées selon les conditions et dans les limites prévues par le tableau synoptique des garanties d'assistance du Module 1 – Services d'assistance « KIDS ».
Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les Services d'assistance « KIDS ».

1. Conduite des Enfants à l'école, aux activités extrascolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pendant la période d'Immobilisation ou d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des Enfants à l'école, aux activités extrascolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice par l'un de ses prestataires.

2. Ecole à Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge **à compter du 15ème jour calendaire d'absence de l'Enfant du Bénéficiaire,** le soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie.
La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes :

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

Cette prestation ne s'applique pas aux absences découlant d'une situation de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.
Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'Enfant, du lundi au vendredi, dans la limite et dans les conditions indiquées dans le tableau synoptique des garanties d'assistance.
Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.
En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

3. Garde ou transfert des Ascendants dépendants

Si personne ne peut s'occuper des Ascendants dépendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile,
- OU le transfert des Ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

4. Garde ou transfert des (autres) Enfants

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

- la garde à Domicile,
- OU le transfert des Enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

5. Présence des parents au chevet de l'Enfant hospitalisé

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport de l'Adhérent et de son Conjoint afin de se rendre au chevet de leur Enfant hospitalisé.
FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement des parents sur place.

MODULE 2 – SERVICES D'ASSISTANCE « INFO + »

Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance « INFO + »

PRESTATIONS ACCESSIBLES À TOUT MOMENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint

● **Information santé 360**	Informations téléphoniques
● **Information juridique et vie pratique**	Informations téléphoniques
● **Conciergerie médico-sociale** *(bilan médico-psycho-social)*	**5 entretiens téléphoniques maximum par foyer, sur une période de 12 mois**
● **Accompagnement budgétaire et social**	Entretiens téléphoniques

Les garanties d'assistance détaillées ci-après sont délivrées selon les conditions et dans les limites prévues par le tableau synoptique des garanties d'assistance Module 2 - Services d'assistance « INFO + ».
Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit l'option « INFO + ».

1. Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE** pour une prestation qui se déroule en trois étapes :
- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE**,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

2. Conciergerie médico-sociale

FILASSISTANCE organise et prend en charge un bilan médico-psycho-social avec un travailleur social qui, par le biais d'entretiens téléphoniques, évalue les besoins d'aide et d'accompagnement du foyer en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

3. Information juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

Informations juridiques :
- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

Informations vie pratique
- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4. Information santé 360

FILASSISTANCE oriente et informe le Bénéficiaire dans les domaines de la santé suivants (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :

- **apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;**
- **communique des informations générales sur :**
  - les pathologies (ex : pandémies …),
  - les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM…).
- **communique des informations générales sur la santé au quotidien :**
  - pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,
  - connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique),
  - trousse de secours (voiture, voyage…) : comment la constituer,
  - automédication : les précautions à prendre,
  - vaccinations.
- **communique des informations générales sur le Bien vivre :**
  - alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produites, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise…),
  - programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
    - calcul de l'IMC,
    - informations « nutrition » (fiches information…) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant).
  - bien-être :
    - précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires,
    - information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et d l'Académie de médecine (envoi de fiches information).
- **délivre des informations en matière de :**
  - prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail),
  - médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales...).
- **en cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves,** l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d'informations sur :
- les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions),
- groupes de paroles,
- l'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

L'ensemble de ces prestations s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

MODULE 3 – SERVICES D'ASSISTANCE « VOYAGE »

Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance « VOYAGE »

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE LORS D'UN DEPLACEMENT PRIVE OU PROFESSIONNEL EN FRANCE A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE OU A L'ETRANGER D'UNE DUREE INFERIEURE A 60 JOURS CONSECUTIFS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) Enfants(s)
- par Evènement : l'Accident

Rapatriement ou transport sanitaire	**Frais réels**
Frais de secours en cas d'Accident de ski *(frais de recherche exclus)*	**153 € TTC maximum par Evènement**
Immobilisation à l'hôtel pour raison médicale *(prolongation de séjour médicalement justifiée)*	**100 € TTC maximum par nuit d'hôtel, 7 nuits maximum par Evènement**
Accompagnement du Bénéficiaire rapatrié ou transporté	**1 Titre de transport (billet retour uniquement) par Evènement**
Rapatriement du Conjoint et des Enfants du Bénéficiaire rapatrié ou transporté	**1 Titre de transport (billet retour uniquement) par Evènement**
Avance des frais médicaux engagés uniquement à l'Etranger ● Frais médicaux et d'Hospitalisation	**8 000 € TTC maximum par Evènement**
Rapatriement de l'Animal de compagnie voyageant avec le Bénéficiaire rapatrié ou transporté	**1 Titre de transport pour un proche par Evènement**
Impossibilité de conduire ● Envoi d'un chauffeur qualifié, OU ● Venue d'un proche, pour ramener le véhicule et ses passagers	**Prise en charge des frais de mission du chauffeur** ***Les frais de péages et de carburant restent à la charge du Bénéficiaire*** OU **1 Titre de transport (billet aller uniquement) par Evènement**
Envoi de médicaments introuvables à l'Etranger	**Prise en charge des frais de recherche et d'expédition** ***Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire***

Les garanties d'assistance détaillées ci-après sont délivrées selon les conditions et dans les limites prévues par le tableau synoptique des garanties d'assistance du Module 3 - Services d'assistance « VOYAGE ».
Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance « VOYAGE ».

1. Avance des frais médicaux engagés uniquement à l'Etranger

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

A la demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE procède à l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation **dans la limite indiquée dans le tableau synoptique des garanties d'assistance, et dans les dispositions de l'article « Conditions d'avance de frais ».**

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de FILASSISTANCE et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.**

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Dans le cadre de l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation, le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes sociaux, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes. Le Bénéficiaire joint à ces décomptes un chèque d'un montant correspondant aux remboursements reçus et libellé à l'ordre de FILASSISTANCE.**
Seuls les frais médicaux engagés à l'Etranger sont couverts par cette garantie.

2. Rapatriement de l'Animal de compagnie voyageant avec le Bénéficiaire

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire aurait été décidé, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire, **un Titre de transport** pour aller récupérer l'Animal de compagnie resté sur place et le raccompagner au Domicile du Bénéficiaire. Si aucun proche du Bénéficiaire ne peut aller récupérer l'Animal de compagnie, FILASSISTANCE organisera le rapatriement de l'Animal de compagnie.
Cette garantie est mise en œuvre lorsque le Bénéficiaire voyageait seul, accompagné de son Animal de compagnie.

3. Envoi de médicaments introuvables à l'Etranger

FILASSISTANCE recherche et expédie au Bénéficiaire en déplacement, les médicaments nécessaires prescrits médicalement et introuvables sur place, **sous réserve de conditions d'intervention possibles. Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire.**

Les médicaments et produits suivants sont exclus : contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques.

4. Frais de secours en cas d'Accident de ski

Si le Bénéficiaire est blessé suite à un Accident survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, **FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours du lieu de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche.**

Sont exclus de la garantie : les frais de recherche et les forfaits de remontées mécaniques inutilisés.

5. Immobilisation à l'hôtel pour raison médicale

Si le Bénéficiaire ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue pour des raisons médicalement justifiées et si son état ne nécessite pas une Hospitalisation sur place, FILASSISTANCE prend en charge, s'il y a lieu, ses frais de prolongation de séjour à l'hôtel.

6. Impossibilité de conduire

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire, conducteur d'un véhicule, aurait été décidé et que les passagers voyageant avec lui ne peuvent revenir au Domicile par leurs propres moyens, FILASSISTANCE met à leur disposition :

- soit un chauffeur qualifié,
- soit **un Titre de transport** à un proche désigné, pour ramener le véhicule et les autres passagers.
  Le proche choisi par le Bénéficiaire doit disposer du permis de conduire nécessaire à la conduite du véhicule.

Le véhicule doit être en parfait état de fonctionnement conformément aux normes de sécurité d'usage.

7. Rapatriement du Conjoint et les Enfants du Bénéficiaire rapatrié ou transporté

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire aurait été décidé, FILASSISTANCE organise le retour au Domicile du Conjoint et les Enfants du Bénéficiaire qui l'accompagnai(en)t.

FILASSISTANCE prend en charge le retour du Conjoint et les Enfants, lorsque les moyens prévus initialement ne peuvent pas être utilisées.

8. Accompagnement du Bénéficiaire lors de son rapatriement du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé

Pour permettre d'accompagner le Bénéficiaire rapatrié ou transporté, FILASSISTANCE met à la disposition d'un accompagnant voyageant avec le Bénéficiaire, **un Titre de transport**.

9. Rapatriement ou transport sanitaire

La décision de rapatriement est prise exclusivement par le médecin de FILASSISTANCE après échange avec le médecin sur place.

Seuls les frais engagés à compter de la décision de rapatriement sont pris en charge et après accord de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Seuls, la situation médicale du Bénéficiaire ainsi que le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou autre…) et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Le rapatriement du Bénéficiaire se fait vers son Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Dans le cas où des soins médicaux ou examens spécifiques ne peuvent pas être réalisés sur place et qu'un établissement de soins proche est susceptible d'assurer ces soins, FILASSISTANCE achemine le Bénéficiaire vers cet établissement avant son retour au Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Le rapatriement est mis en œuvre uniquement dans le cas où le problème médical subi par le Bénéficiaire l'empêche de rentrer par les moyens initialement prévus.

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine des médecins de FILASSISTANCE.

L'hébergement n'est pas pris en charge dans le cadre de cette garantie.

Le médecin de FILASSISTANCE pourra éventuellement consulter le médecin traitant habituel du Bénéficiaire.

MODULE 4 – SERVICES D'ASSISTANCE « QUOTIDIEN »

Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance au « QUOTIDIEN »

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation.	
Livraison de médicaments	**Prise en charge des frais d'1 livraison maximum par Evènement,** dans un rayon de 50 km autour du Domicile ***Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire***
Jardinage ou petit bricolage	**300 € TTC maximum par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 48 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation.	
Aide à Domicile	**15 heures maximum par Evènement,** réparties sur 1 mois à compter du début ou de la sortie d'Hospitalisation
Livraison de médicaments	**Prise en charge des frais d'1 livraison maximum par Evènement,** dans un rayon de 50 km autour du Domicile ***Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire***
Livraison de courses **OU** **Portage de repas**	**Prise en charge des frais d'1 livraison de courses de proximité maximum par Evènement** **OU** **Prise en charge des frais d'1 livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas maximum par Evènement** ***Le prix des courses ou du pack de repas reste à la charge du Bénéficiaire***
Location de téléviseur	**153 € TTC maximum par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE, NAISSANCE PREMATUREE OU MULTIPLE ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 8 JOURS CONSECUTIFS DU BENEFICIAIRE Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint - par Evènement : la Grossesse pathologique, la naissance prématurée ou la naissance multiple.	
Aide à Domicile	**15 heures maximum par Evènement,** réparties sur un mois à compter du début ou de la sortie d'Hospitalisation
Livraison de médicaments	**Prise en charge des frais d'1 livraison maximum par Evènement,** dans un rayon de 50 km autour du Domicile ***Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire***
Jardinage ou petit bricolage	**300 € TTC maximum par Evènement**
Préparation au retour à Domicile suite à une Hospitalisation	**4 heures maximum par Evènement,** accessibles pendant les 10 jours ouvrés suivant le retour au Domicile

Les garanties d'assistance détaillées ci-après sont délivrées selon les conditions et dans les limites prévues par le tableau synoptique des garanties d'assistance du Module 4 – Services d'assistance au « QUOTIDIEN ».
Les garanties de ce module sont accessibles uniquement aux Adhérents ayant souscrit les services d'assistance au « QUOTIDIEN ».

1. Aide à Domicile

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

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

2. Jardinage ou petit bricolage

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un prestataire pour réaliser les travaux d'entretien courant :

- de jardinage (tonte de la pelouse, arrosage des plantes, taille des haies et des arbres, débroussaillage, enlèvement des déchets occasionnés par la prestation, déneigement des abords immédiats du Domicile) ;
- ou de bricolage (fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.).

3. Livraison de courses ou portage de repas

FILASSISTANCE organise et prend en l'une des prestations suivantes :

- la livraison de courses de proximité (**le prix des courses reste à la charge du Bénéficiaire)**
  OU
- le portage de repas au Domicile.

4. Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.
FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.
FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés.

5. Location de téléviseur

FILASSISTANCE prend en charge les frais de location d'un téléviseur lors du séjour à l'hôpital du Bénéficiaire **dans la limite indiquée dans le tableau synoptiques de garanties.**

Sont exclus les frais de location d'une télévision lors d'un séjour en maternité, pour des cures thermales, pour les Hospitalisations liées à une opération de chirurgie esthétique et pour toute Hospitalisation répétitive pour une même cause.

6. Préparation au retour à Domicile suite à une Hospitalisation

Si le Domicile du Bénéficiaire est resté inhabité pendant la période d'Hospitalisation, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'intervention d'un prestataire qui s'occupe d'ouvrir le Domicile, de réaliser les courses et de préparer les repas.

Les frais liés aux courses restent à la charge du Bénéficiaire.

III. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1. Délivrance des prestations

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

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** suivant soit :
(i) la date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties,
(ii) ou, uniquement dans le cadre des garanties de rapatriement, la date de l'attestation médicale aux termes de laquelle est constatée une aggravation de santé consécutive à l'Evènement donnant lieu au bénéfice des garanties.

Lorsque le Bénéficiaire ou son entourage prouvent qu'un cas de force majeure empêchait toute déclaration, le point de départ du délai correspond à la date à laquelle l'assuré est en capacité de faire la déclaration.

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

Les prestations accessibles à l'Etranger sont acquises uniquement en cas de survenance de l'Evènement garanti avant le terme du 60ème jour calendaire suivant la date de départ de France du Bénéficiaire. Seuls les déplacements privés à but non médical sont couverts.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

3. Conditions d'ordre médical

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

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 par courrier **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

4. Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :
- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

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

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

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

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

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

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

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

5. Conditions de prise en charge des Titres de transport

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

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

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

6. Conditions d'avance de frais

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

● ***Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE***

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

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

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

● ***Sanctions***

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

IV. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1. Subrogation

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

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

2. Informatique et libertés

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

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

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

Les informations personnelles du Bénéficiaire pourront, si cela est nécessaire, faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Responsabilité

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

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

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

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

4. Autorité de contrôle

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

5. Réclamations

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

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

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

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

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

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

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

6. Prescription

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

● Délai de prescription

Article L.114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

● Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

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

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

Article L.114-3

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

● **Causes ordinaires d'interruption de la prescription**

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

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

Article 2244 du Code civil

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

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

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.
Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.
Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.
Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www.legifrance.gouv.fr).

● **Saisine du médiateur**

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

7. Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

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

V. EXCLUSIONS

1. Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

Exclusions générales

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

- **les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;**
- **les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;**
- **les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;**
- **les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;**
- **les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;**
- **les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;**
- **les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;**
- **les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;**
- **les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;**
- **les conséquences des séjours dans une zone formellement déconseillée par le ministère des affaires étrangères français *(la liste par pays peut être trouvée sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/)* ;**
- **les conséquences des séjours à l'étranger, de plus de 60 jours consécutifs.**

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

- **tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- **tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire,**

et plus généralement :

- **tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de Filassistance**

Exclusions territoriales

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- **dans un pays en guerre, que celle-ci soit internationale ou civile ;**
- **dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population manifestation) ou plus généralement tout évènement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.**

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- **dans un pays répertorié sur l'une des liste officielle mise à disposition par la Direction Générale du Trésor (et librement consultable sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales),**
- **dans un pays répertorié sur l'une des liste officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement (consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/), et plus généralement,**
- **dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables,**

sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entrainer des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

A ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

2. Exclusions spécifiques à la garantie « Avance des frais médicaux engagés à l'Etranger »

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais suivants, engagés à l'Etranger :

- **les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;**
- **les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident ou à une maladie survenus à l'étranger ;**
- **les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;**
- **les frais occasionnés par les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;**
- **les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;**
- **les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;**
- **les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;**
- **les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;**
- **les vaccins et les frais y afférents ;**
- **les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;**
- **les soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique non réparatrice consécutive à un Accident ou à une maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;**
- **les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;**
- **les cures thermales, séjours, traitements ou services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie;**
- **les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) ;**
- **les frais d'optique (lunettes, verres de contact et lentilles).**

3. Exclusions spécifiques aux rapatriements

Sauf dispositions contraires, sont exclus les rapatriements qui seraient la conséquence :

- **de l'état de grossesse sauf complications imprévisibles et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse ;**
- **des complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée selon les termes et conditions du Contrat ;**
- **du traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'Adhérent ;**
- **du séjour, des traitements ou des services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie ;**
- **du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;**
- **des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;**
- **du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;**
- **du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;**
- **du séjour, des traitements ou des services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie ;**
- **du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;**
- **des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;**
- **du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;**
- **du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;des traitements conçus pour encourager les relations socio-émotionnelles, des thérapies par la communication, la psychothérapie ou le coaching sauf en cas de traitement psychiatrique par un médecin psychiatre par opposition à la psychanalyse ;**
- **d'une Hospitalisation résultant du traitement de l'obésité ;**
- **des traitements et des opérations effectuées en milieu hospitalier liés à un changement de sexe ;**
- **des diagnostics, des traitements effectués en milieu hospitalier ou des complications liés à la stérilisation, aux dysfonctionnements sexuels et à l'interruption de grossesse sauf sur décision ou conseil du corps médical.**

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