



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NOTICE D'INFORMATION

**REGIME DE PREVOYANCE
COLLECTIVE**

OPTION FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

CONTRACTANTE : ASSOCIATION PH SERVICES

CONTRAT N° 200 902

**La présente notice est destinée à l'information des salariés ;
elle doit être remise par le Contractant à chacun d'entre eux.**



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

REGIME DE PREVOYANCE COLLECTIVE

REGLEMENT GENERAL

PERSONNES ASSURABLES

Les praticiens hospitaliers et assimilés, les Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (P.U.P.H.) et les Maîtres de Conférence des Universités – Praticiens Hospitalier (M.C.U.P.H.) exerçant à taux plein, à temps réduit ou à temps partiel, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés et membres de l'association P.H. SERVICES.

AFFILIATION DES ASSURES

Les personnes définies au paragraphe ci-dessus doivent, pour être affiliées à la contrat, donner leur consentement par écrit sur un bulletin individuel d'affiliation fourni par la Compagnie.

DATE D'EFFET - RENOUELEMENT - RESILIATION

a) De la contrat

Le contrat prend effet le 1er janvier 2003. Elle est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2003 et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf avis de résiliation adressée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée au moins trois mois avant l'échéance.

La résiliation du contrat entraîne le refus de toute nouvelle adhésion.

En cas de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à en informer chaque assuré au moins deux mois avant l'échéance.

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les assurés. Cependant, les assurés qui ont bénéficié des dispositions du contrat au jour de la résiliation pourront être maintenus dans l'effectif assurable.

b) Des adhésions

a) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion.

b) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

La Compagnie se réserve le droit de différer la prise d'effet d'une adhésion.

L'adhésion est constatée par un certificat individuel d'assurance précisant :

- le nom et prénom de l'assuré,
- la date de naissance de l'assuré,
- la date d'effet des garanties et les garanties souscrites,
- la profession, l'échelon ou l'ancienneté au jour de l'adhésion,
- les cotisations.

A défaut de notification de l'adhésion par la Compagnie dans les 2 mois qui suivent, la date de réception de la demande d'adhésion par la Compagnie, l'admission de l'assuré est réputée acquise.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf dénonciation par l'assuré, adressée au moins trois mois à l'avance par lettre recommandée.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

c) Des garanties

a) *lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois*

La date d'effet des garanties est le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion.

b) *lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois*

La date d'effet des garanties est le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Le paiement des cotisations en l'absence d'acceptation ne saurait valoir délivrance de garantie.

BENEFICIAIRES

1°) Définition

On entend par "bénéficiaire" :

- le conjoint de l'assuré affilié non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le concubin notoire de l'assuré affilié (non marié), sous réserve qu'il fournisse à la Compagnie un certificat de vie maritale délivré par la Mairie du domicile de l'assuré affilié.
- les enfants à la charge de l'Assuré affilié, de son conjoint ou de son concubin,

à condition d'avoir droit :

a) Pour le conjoint ou le concubin

Aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de la Sécurité Sociale ou du Régime Obligatoire des T.N.S.,

b) Pour les enfants à charge

Aux prestations des régimes susdits à titre d'ayants droit ou du régime de la Sécurité Sociale des étudiants.

2°) Admission

Les bénéficiaires sont admis dans l'assurance dès la date d'affiliation de l'assuré.

En cas mariage, de naissance ou de réalisation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date d'affiliation de l'assuré, le conjoint ou l'enfant est automatiquement admis dans l'assurance à condition d'en effectuer la demande dans les trois mois suivants.

L'assuré peut demander à tout moment l'affiliation d'un bénéficiaire sous réserve que celui-ci fournisse un certificat de radiation datant de moins de trois mois et émanant d'une assurance complémentaire couvrant les frais médicaux et chirurgicaux.

Dans tous les autres cas, l'affiliation d'un bénéficiaire prend effet au 1er janvier qui suit l'exercice au cours duquel est effectuée la demande d'affiliation.

RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES

Outre les dispositions du paragraphe « DATE D'EFFET - RENOUELEMENT – RESILIATION », un assuré est radié de plein droit :

- lorsqu'il ne répond plus à la définition du paragraphe « PERSONNES ASSURABLES » et notamment à la date de cessation de son activité, sauf effet des dispositions prévues au dernier paragraphe ci-après,
- si la cotisation le concernant n'est pas payée,
- en cas de résiliation de la contrat (sauf les dispositions prévues au dernier alinéa du paragraphe « DATE D'EFFET - RENOUELEMENT – RESILIATION », paragraphe a).

Un assuré est également radié le 31 décembre d'une année considérée sur demande formulée par lettre recommandée au moins deux mois à l'avance. L'assuré n'aura plus la possibilité de solliciter ultérieurement une nouvelle affiliation, sauf modification de sa situation familiale.

Tout membre de la famille de l'assuré affilié est automatiquement radié de la contrat :

- dès qu'il cesse de réaliser les conditions prévues pour être bénéficiaire,
- en cas de décès de l'assuré affilié,
- en cas de radiation de l'assuré affilié (sauf effet des dispositions prévues au dernier paragraphe ci-après).



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

Toutefois, les ayants droit d'un assuré décédé peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat selon les dispositions prévues à l'Annexe II.

Les assurés, quelle que soit la durée de leur affiliation, dont la radiation est la conséquence d'un départ en retraite peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat selon les dispositions prévues à l'Annexe I.

ENFANT A CHARGE

On entend par enfant à charge de l'assuré, un enfant légitime, reconnu, adoptif, pupille de la Nation ou recueilli au foyer à la condition :

- d'être âgé de moins de 18 ans,
- d'être âgé de 18 ans et plus et de moins de 28 ans, lorsqu'il bénéficie du régime de la Sécurité Sociale des Etudiants, lorsque, n'ayant pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de l'assuré, il se trouve sous contrat d'apprentissage, poursuit des études secondaires ou supérieures,
- quel que soit son âge s'il bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 Juin 1975.

Notamment, sous réserve des conditions exposées ci-dessus, l'enfant d'un assuré divorcé pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice est considéré comme à charge de l'assuré.

Un enfant à la charge du conjoint ou du concubin de l'assuré au sens ci-dessus défini est assimilé à un enfant à la charge de l'assuré à condition que le conjoint ou le concubin de l'assuré en ait la garde.

ARBITRAGE

La présente contrat étant faite et souscrite de bonne foi, les parties Contractantes s'engagent, en cas de difficultés quelconques, à recourir en premier lieu à l'arbitrage ; à cet effet, elles désignent chacune un arbitre ; si ces deux arbitres ne trouvent pas d'accord sur la sentence à rendre, elles choisissent d'un commun accord un tiers arbitre pour les départager. A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre est nommé à la requête de la partie la plus diligente par le Tribunal de Grande Instance de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son arbitre ; les honoraires du tiers arbitre ainsi que, le cas échéant, les frais de sa nomination, seront supportés pour moitié par chacune des parties.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L 121-12 du Code des Assurances, la Compagnie est subrogée, à concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Toutefois, le paiement d'indemnités forfaitaires ne peut entraîner l'exercice de la subrogation.

ENGAGEMENT DU CONTRACTANT

Le Contractant s'engage :

- à mettre à la disposition des assurés une notice rédigée sous la responsabilité de l'assureur, résumant d'une manière très précise leurs droits et leurs obligations et à se constituer la preuve de cette remise,
- à tenir à la disposition des assurés le contrat faisant foi entre les parties,
- à informer chaque assuré de la résiliation du contrat suivant les conditions précisées au paragraphe « DATE D'EFFET - RENOUELEMENT – RESILIATION » deux mois avant la date de résiliation.

PAIEMENTS DE LA COMPAGNIE

Les sommes assurées sont payables à leur échéance au Siège Social de la Compagnie dans les quinze jours de la remise de toutes les pièces justificatives.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

L'assuré doit adresser au gestionnaire délégué dans un délai de trois mois à partir du jour du paiement des régimes obligatoires :

- les décomptes des régimes obligatoires justifiant le montant des frais remboursés, sauf en cas de télétransmission par l'organisme de Sécurité Sociale,
 - les notes ou factures acquittées justifiant les frais réels engagés ; toutefois ne sont jamais prises en considération les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré aux Assurances Sociales,
 - éventuellement les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance,
- La Compagnie n'accepte aucune copie ou photocopie des pièces énumérées ci-dessus.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Les garanties du contrat peuvent être maintenues à l'assuré affilié se trouvant en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente, et aux membres de sa famille bénéficiaires de l'assurance, sous réserve du paiement de la cotisation.

Le maintien des garanties n'est pas accordé en cas d'arrêt de travail après la radiation d'un assuré.

Il cesse dans tous ses effets en cas de résiliation du contrat (sauf les dispositions prévues au dernier alinéa du paragraphe « DATE D'EFFET – RENOUVELLEMENT – RESILIATION », paragraphe a).

REVISION DE L'ASSURANCE

Les indemnités de la Compagnie sont fixées en fonction du niveau des tarifs de responsabilité et de remboursement de la sécurité Sociale applicables à la date d'effet du contrat. En cas de variation de ce niveau, de nouvelles conditions de garanties et de cotisation sont déterminées par accord entre les parties à la date d'application des modifications intervenues. A défaut d'accord, le contrat est résilié de plein droit à cette date, sans application du délai de préavis prévu au paragraphe « DATE D'EFFET – RENOUVELLEMENT – RESILIATION ».

En tout état de cause et nonobstant la résiliation du contrat, les prestations resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des assurés sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

DISPOSITIONS PARTICULIERES

TITRE UNIQUE

FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Compagnie garantit, aux conditions du présent TITRE, des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L 321-1 à 3 du Code de la Sécurité Sociale, à la suite d'un accident ou d'une maladie atteignant un assuré.

Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf les dérogations éventuellement prévues aux Conditions Particulières, même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par la Compagnie.

Les limites des remboursements de la Compagnie figurent pour chaque poste de frais au paragraphe « REMBOURSEMENT DES FRAIS ».

Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites.

Par ailleurs, les remboursements de la Compagnie ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité Sociale.

Sauf justification des frais réels, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (tarif conventionnel ou tarif d'autorité), les remboursements de la Compagnie étant alors limités au ticket modérateur.

Si des prestations de même nature sont également payées par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, il en est tenu compte pour l'application des limitations ci-dessus définies, la Compagnie n'intervenant qu'en dernier lieu.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieur à son admission - et avant son exclusion peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Les frais engagés après l'exclusion d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à l'exclusion.

Si le conjoint ou le concubin de l'assuré ainsi que les enfants à charge sont couverts par une garantie frais médicaux complémentaire, les prestations versées par l'assureur sont complémentaires à celles de la Sécurité sociale et éventuellement à celles du régime de prévoyance dont il pourrait bénéficier personnellement.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

2 - REMBOURSEMENT DES FRAIS

GAMME OPTIMUM

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale, étant rappelé que, la base de remboursement de la Sécurité sociale en secteur non conventionné est le tarif d'autorité. En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire aux tableaux ci-dessous.

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION CHIRURGICALE et OBSTETRICALE	
Secteur Conventionné	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale dans la limite de 300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Secteur Non Conventionné	80 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité sociale dans la limite de 100% du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale
HONORAIRES ⁽²⁾	
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste) Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	
<u>Secteur Conventionné</u>	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale dans la limite de 300% de la base du remboursement Sécurité sociale
<u>Secteur Non Conventionné</u>	80 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité sociale dans la limite de 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale
Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité Sociale dans la limite du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale
Honoraires paramédicaux	60% de la base du remboursement Sécurité sociale
Forfait sur actes dits « lourds »	100% des frais réels



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité	3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour: limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie, et 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos, soins de suite et réadaptation
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, limité à 1% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
TRANSPORT MEDICAL	65% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% du ticket modérateur + 100% de la base du remboursement Sécurité sociale
Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% du ticket modérateur + 100% de la base du remboursement Sécurité sociale
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin	
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% de la base du remboursement Sécurité sociale
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
Actes d'imagerie (ADI) - Actes d'échographie (ADE)	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% de la base du remboursement Sécurité sociale
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	60% de la base du remboursement Sécurité sociale
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE y compris actes de prélèvements	60% de la base du remboursement Sécurité sociale



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
MEDICAMENTS Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale 50 euros, par an et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	60% de la base du remboursement Sécurité sociale
DENTAIRE :	
SOINS Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux) réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	300% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁵⁾ réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	300% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
PANIER « TARIF LIBRE » réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	300% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	300% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
SOINS et PROTHESES 100% SANTE⁽⁶⁾ Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁷⁾	100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE »⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	300% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE »⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	300% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale⁽⁹⁾ PARODONTOLOGIE / IMPLANTOLOGIE non prises en charge par la Sécurité sociale⁽⁹⁾	200% de la base du remboursement Sécurité sociale reconstituée 500 euros, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
<p>OPTIQUE : Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents.</p>	
<p>EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ Monture + Verres de Classe A Frais d'adaptation Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans</p>	<p>100% des frais réels limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</p>
<p>EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B Monture + Verres de Classe B Frais d'adaptation Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments</p>	<p>80 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de la grille optique ci-après 100% du ticket modérateur</p>
<p>LENTILLES DE CONTACT JETABLES remboursées ⁽¹⁰⁾ ou non prises en charge par la Sécurité sociale</p>	<p>5% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire</p>
<p>LENTILLES DE CONTACT NON JETABLES remboursées ⁽¹⁰⁾ ou non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement</p>	<p>5% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire</p>
<p>CHIRURGIE REFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale</p>	<p>500 euros, par an et par bénéficiaire</p>
<p>AIDES AUDITIVES</p>	
<p>EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ (dits de Classe I)</p>	
<p>Jusqu'au 31/12/2020</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale + 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par oreille tous les 3 ans</p>
<p>A compter du 01/01/2021</p>	<p>100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limités au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</p>
<p>APPAREIL DE CLASSE II ⁽¹¹⁾</p>	
<p>Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale+ 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale</p>
<p>Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale+ 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale</p>
<p>ALLOCATION RELATIVE AUX PILES</p>	<p>100% du ticket modérateur</p>
<p>MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES</p>	
<p>OSTEOPATHIE, PSYCHOMOTRICITE ET AMNIOCENTESE</p>	<p>100 euros par séance, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste</p>



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

GARANTIES ANNEXES	
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE	GARANTIE ACCORDEE
SANTE ASSISTANCE / ASSISTANCE TELECONSULTATION	GARANTIE ACCORDEE

- *FR : Frais réels*
 - *FR-SS : Frais Réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale*
 - *PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale correspondant à la date des soins*
 - *TM : Ticket modérateur (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale)*
- (1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans la limite de remboursements définis ci-dessus.
Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.
- (2) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (3) Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, lorsque les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, il est précisé que le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (5) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (6) Tels que définis réglementairement.
- (7) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (8) Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet **entre 01/01/2020 et le 01/01/2022**, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».
- (9) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie
- (10) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueront sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (11) **A partir du 01/01/2021**, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur comprises) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

GRILLE OPTIQUE :

Les prestations sont exprimées en euros et par équipement (verres et monture), remboursement Sécurité sociale inclus.

CATEGORIE	TYPES DE VERRES (cf. article R871-2 du code de la Sécurité sociale)	MINIMUMS REMBOURSES PAR EQUIPEMENT	LIMITE DE REMBOURSEMENT PAR EQUIPEMENT (Verres et monture)
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries Par équipement à verres simples foyer sphéro-cylindriques dont - le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6,00 dioptries	50 euros, par équipement	320 euros, par équipement
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	125 euros, par équipement	460 euros, par équipement
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries Par équipement à verres simples foyer sphéro-cylindriques dont - le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries - le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries, la sphère est inférieure à -6,00 dioptries - la Somme sphère + cylindre est supérieure à +6,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs, sphéro-cylindriques dont - la sphère est comprise entre +4,00 et -4,00 dioptries - le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -8,00 à 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8,00 dioptries	200 euros, par équipement	600 euros, par équipement
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 euros, par équipement	510 euros, par équipement
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 euros, par équipement	650 euros, par équipement
f)	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont - le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries, la sphère est inférieure à -8,00 dioptries - le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est supérieure à +8,00 dioptries	200 euros, par équipement	700 euros, par équipement
Pour l'application des montants indiqués ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.			



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

GAMME ESSENTIEL

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale, étant rappelé que, la base de remboursement de la Sécurité sociale en secteur non conventionné est le tarif d'autorité. En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire aux tableaux ci-dessous.

TABLEAUX DE GARANTIES

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION CHIRURGICALE et OBSTETRICALE	
<u>Secteur Conventionné</u>	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale dans la limite de 200% de la base du remboursement Sécurité sociale
<u>Secteur Non Conventionné</u>	80 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité sociale dans la limite de 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale
HONORAIRES ⁽²⁾	
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste) Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	
<u>Secteur Conventionné</u>	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale dans la limite de + 100% de la base du remboursement Sécurité sociale
<u>Secteur Non Conventionné</u>	80 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité sociale dans la limite de 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale
Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100 % des frais réels sous déduction du remboursement Sécurité Sociale dans la limite du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité Sociale



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Forfait sur actes dits « lourds »	100% des frais réels
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité	2% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour: limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie, et 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos, soins de suite et réadaptation
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, limité à 1% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
TRANSPORT MEDICAL	65% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	50% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	30% de la base du remboursement Sécurité sociale
Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	50% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	30% de la base du remboursement Sécurité sociale
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin	
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	50% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	30% de la base du remboursement Sécurité sociale
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
Actes d'imagerie (ADI) - Actes d'échographie (ADE)	
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	50% de la base du remboursement Sécurité sociale
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	30% de la base du remboursement Sécurité sociale
Chirurgien-dentiste	Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	40% de la base du remboursement Sécurité sociale
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE y compris actes de prélèvements	40% de la base du remboursement Sécurité sociale



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
<p>MEDICAMENTS Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale à l'exclusion des médicaments remboursés à 15 % Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale</p> <p>MATERIEL MEDICAL Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie</p>	<p>100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale</p> <p>50 euros, par an et par bénéficiaire</p> <p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale</p>
DENTAIRE :	
<p>SOINS Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)</p> <p>réalisés par un chirurgien-dentiste</p> <p>réalisés par un stomatologue</p> <p>Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée⁽³⁾</p>	<p>100% de la base du remboursement Sécurité sociale</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p>
<p>Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE »⁽⁵⁾</p> <p>réalisés par un chirurgien-dentiste</p> <p>réalisés par un stomatologue</p> <p>Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée⁽³⁾</p>	<p>100% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p>
<p>PANIER « TARIF LIBRE »</p> <p>réalisés par un chirurgien-dentiste</p> <p>réalisés par un stomatologue</p> <p>Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée⁽³⁾</p>	<p>100% de la base du remboursement Sécurité sociale</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p> <p>Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »</p>



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
SOINS et PROTHESES 100% SANTE⁽⁶⁾ Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁷⁾	100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE »⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	180% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 180% de la base du remboursement Sécurité sociale
Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE »⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	180% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 180% de la base du remboursement Sécurité sociale
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	180% de la base du remboursement Sécurité sociale
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale⁽⁹⁾ PARODONTOLOGIE / IMPLANTOLOGIE non prises en charge par la Sécurité sociale⁽⁹⁾	100% de la base du remboursement Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire 500 euros, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
<p>OPTIQUE : Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents.</p>	
<p>EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ Monture + Verres de Classe A Frais d'adaptation Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans</p>	<p>100% des frais réels limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</p>
<p>EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B Monture + Verres de Classe B Frais d'adaptation Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments</p>	<p>150 Euros par équipement + 50 Euros pour les verres progressifs dont maxi 100 Euros y compris Sécurité sociale pour la monture Bonus fidélité de 100 Euros dès la 3ème année en cas de non consommation les 2 années précédentes 100% du ticket modérateur</p>
<p>LENTILLES DE CONTACT JETABLES ou NON JETABLES remboursées ⁽¹⁰⁾ ou non prises en charge par la Sécurité sociale</p>	<p>100 euros, par an et par bénéficiaire</p>
<p>CHIRURGIE REFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale</p>	<p>500 euros, par an et par bénéficiaire</p>
<p>AIDES AUDITIVES</p>	
<p>EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ (dits de Classe I)</p>	
<p>Jusqu'au 31/12/2020</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale</p>
<p>A compter du 01/01/2021</p>	<p>100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limités au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</p>
<p>APPAREIL DE CLASSE II ⁽¹¹⁾</p>	
<p>Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale</p>
<p>Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans</p>	<p>60% de la base du remboursement Sécurité sociale</p>
<p>ALLOCATION RELATIVE AUX PILES</p>	<p>100% du ticket modérateur</p>
<p>MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES</p>	
<p>OSTEOPATHIE, PSYCHOMOTRICITE ET AMNIOCENTESE</p>	<p>100 euros par séance, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste</p>



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

GARANTIES ANNEXES	
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE	GARANTIE ACCORDEE
SANTE ASSISTANCE / ASSISTANCE TELECONSULTATION	GARANTIE ACCORDEE

- *FR : Frais réels*
 - *FR-SS : Frais Réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale*
 - *PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale correspondant à la date des soins*
 - *TM : Ticket modérateur (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale)*
- (1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans la limite de remboursements définis ci-dessus.
Les séjours ensanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.
- (2) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (3) Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, lorsque les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, il est précisé que le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (5) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (6) Tels que définis réglementairement.
- (7) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (8) Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet **entre 01/01/2020 et le 01/01/2022**, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».
- (9) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie
- (10) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueront sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (11) **A partir du 01/01/2021**, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur comprises) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT

La procédure de tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

Pour délivrer les cartes de tiers payant, la Compagnie ou son délégataire doit être en possession de la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire.

La Compagnie ou son délégataire adresse alors à chaque assuré sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits. Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à retirer les cartes et à les détruire. La Compagnie se réserve le droit de récupérer auprès de la Contractante toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et autres décrets et arrêtés applicables).

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Le présent contrat est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R871-1 et R871-2 II du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif à la réforme 100% santé.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

ANNEXE I

MAINTIEN DE GARANTIES AUX ASSURES RETRAITES

A. - CONDITIONS D'ADMISSION

L'assurance des Frais Médicaux et Chirurgicaux prévue par le contrat peut être maintenue aux assurés radiés faisant valoir leur droit à la retraite et membres de l'association PH SERVICES.

Si la date de mise à la retraite est postérieure à la date d'effet du contrat, ce maintien de garanties est accordé aux assurés ainsi qu'aux conjoint et enfants à charge à condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail. La garantie prend effet au plus tard le lendemain zéro heure du jour de la réception de la demande par la Compagnie ou par le mandataire désigné, le cachet de la poste faisant foi.

B. - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- en cas de décès,
- à la demande de l'assuré lors de chaque renouvellement annuel dans les conditions prévues au paragraphe «RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES »,
- si la cotisation le concernant n'est pas payée,
- à la date de résiliation du présent contrat, étant précisé que les assurés ayant bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation, pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve du paiement de la cotisation.

La radiation de l'assuré entraîne la radiation des bénéficiaires.

Toutefois, en cas de décès de l'assuré, les ayants droit peuvent continuer à bénéficier des garanties selon les dispositions prévues à l'annexe II.

C – COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont révisables de façon uniforme pour chaque catégorie d'assuré et notamment suivant les dispositions du paragraphe "REVISION DE L'ASSURANCE" du contrat.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

ANNEXE II

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'ASSURES DECEDES

A. - CONDITIONS D'ADMISSION

L'assurance des Frais Médicaux et Chirurgicaux prévue par le contrat peut être maintenue aux ayants droit d'un assuré actif ou retraité décédé si ces ayants droit bénéficiaient précédemment du présent contrat.

Si la date du décès de l'assuré est postérieure à la date d'effet du contrat, ce maintien de garanties est accordé aux ayants droit à condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la date du décès. La garantie prend effet au plus tard le lendemain zéro heure du jour de la réception de la demande par la Compagnie ou par le mandataire désigné, le cachet de la poste faisant foi.

B. - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque ayant droit :

- en cas de décès de l'ayant droit,
- à la demande des ayants droit lors de chaque renouvellement annuel dans les conditions prévues au paragraphe «RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES »,
- si la cotisation les concernant n'est pas payée,
- à la date de résiliation du contrat, étant précisé que les ayants droit qui auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation, pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve du paiement de la cotisation.

C. - COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont révisables de façon uniforme pour chaque catégorie d'assuré et notamment suivant les dispositions du paragraphe "REVISION DE L'ASSURANCE" du contrat.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

ANNEXE III

MAINTIEN DES GARANTIES AUX ASSURES BENEFICIAIRE D'UN CONGE DE FIN D'EXERCICE

A. - CONDITIONS D'ADMISSION

L'assurance des Frais Médicaux et Chirurgicaux prévue par le contrat peut être maintenue aux assurés bénéficiant d'un congé de fin d'exercice à condition d'en faire la demande au plus tard dans le mois suivant la date du départ en congé de fin d'exercice.

B. - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque l'assuré liquide ses droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale, et au plus tard à la fin du trimestre civil suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré. A cette date, l'assuré peut demander le maintien des garanties aux conditions de garanties et de cotisation fixées à l'Annexe I du contrat.
- à la demande de l'assuré lors de chaque renouvellement annuel dans les conditions prévues au paragraphe «RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES »,
- si la cotisation les concernant n'est pas payée,
- à la date de résiliation du présent contrat, étant précisé que les assurés qui auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation, pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve du paiement de la cotisation.

C. - COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont identiques à celles prévues pour les assurés actifs.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

ANNEXE IV

MAINTIEN DES GARANTIES AUX ASSURES DONT L'ACTIVITE DE PRATICIEN HOSPITALIER EST SUSPENDUE

A. - CONDITIONS D'ADMISSION

L'assurance des Frais Médicaux et Chirurgicaux peut être maintenue aux assurés dont l'activité de Praticien Hospitalier est suspendue (congé parental, congé de formation, mise à disposition, détachement, mise en position de disponibilité) à condition d'en faire la demande au plus tard dans le mois suivant la date de suspension d'activité. La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension d'activité.

B. - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à la demande de l'assuré lors de chaque renouvellement annuel dans les conditions prévues au paragraphe «RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES »,
- si la cotisation les concernant n'est pas payée,
- à la date de résiliation du présent contrat, étant précisé que les ayants droit qui auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation, pourront être maintenus dans l'effectif assurable.

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée de suspension d'activité, mais cessent en tout état de cause :

- à la date de mise en retraite et au plus tard à la fin du trimestre civil du 65^{ème} anniversaire (à cette date, l'assuré peut demander le maintien de ces garanties aux mêmes conditions que celles de l'annexe I « Maintien des garanties aux assurés retraités »),
- en même temps que cesse la suspension d'activité,
- à la demande de l'assuré lors de chaque renouvellement annuel dans les conditions prévues au paragraphe «RADIATION DES ASSURES – CESSATION DES GARANTIES »,
- si la cotisation les concernant n'est pas payée,
- à la date de résiliation du contrat, étant précisé que les assurés qui auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation, pourront être maintenus dans l'effectif assurable.

A la date de reprise d'activité, l'ensemble des garanties sera remis en vigueur, sans formalités médicales, sur simple demande écrite par l'assuré.

C. - COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont identiques à celles prévues pour les assurés actifs.



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

ANNEXE I - GLOSSAIRE

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire. Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). Ces honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale. Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de l'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

Classe A (optique)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Classe B (optique)

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée (dite de classe A), c'est-à-dire avec un tarif libre.

Classe I (aides auditives)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Classe II (aides auditives)

Équipement appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée, c'est-à-dire avec un tarif libre.

F

Frais réels (FR)

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1er janvier 2008.

HLF (Honoraire Limite de Facturation)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. A compter de 2019 et progressivement, des Honoraires Limites de Facturation (HLF) seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».



CONTRAT FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX N° 200902

M

Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique TARifaire Maîtrisée (OPTAM),
ou

l'Option Pratique TARifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

P

Panier 100% santé ou Panier à prise en charge renforcée

OPTIQUE

Equipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

DENTAIRE

Actes pour lesquels un Honoraire Limite de Facturation est instauré dans la convention dentaire et ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Le but étant de les rendre accessibles sans reste à charge.

AIDES AUDITIVES

Equipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Panier reste à charge maîtrisé (DENTAIRE)

Actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation) avec reste à charge.

Panier Tarif Libre (DENTAIRE)

Actes appartenant à un panier autre que ceux à prise en charge renforcée ou à reste à charge maîtrisé, c'est-à-dire avec un tarif libre.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. A titre indicatif, au 1er janvier 2020, sa valeur est de 3428€. Pour rappel, sa valeur au 1er janvier 2019 était de 3377€. (l'indication du montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

PLV (OPTIQUE & AIDES AUDITIVES)

Le Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier du sans reste à charge sur ces équipements.

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.

**Convention d'assistance
GENERALI SANTE ASSISTANCE +**

EA8

01 janvier 2019

Sommaire

PREAMBULE.....	4
1. GENERALITES	4
1.1. Objet	4
1.2. Définitions.....	4
1.2.1. GENERALI SANTE ASSISTANCE + ou « Nous ».....	4
1.2.2. Bénéficiaire ou « Vous ».....	4
1.2.3. Domicile	4
1.2.4. France.....	4
1.2.5. Ascendant	4
1.2.6. Handicap.....	5
1.2.7. Hospitalisation imprévue.....	5
1.2.8. Hospitalisation programmée.....	5
1.2.9. Hospitalisation ambulatoire.....	5
1.2.10. Immobilisation	5
1.2.11. Blessure	5
1.2.12. Maladie.....	5
2. CONDITIONS ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE	5
2.1. Validité et durée	5
2.2. Conditions d'application.....	6
2.3. Titres de transport.....	6
2.4. Etendue territoriale.....	6
3. MODALITES D'INTERVENTION	6
4. SERVICE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INFORMATIONS A CARACTERE DOCUMENTAIRE	7
5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE A DOMICILE.....	7
5.1. Vous êtes ;.....	8
Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue ou programmée pour plus de 48 heures ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,	8
Soit admise en Hospitalisation pour plus de 6 jours en maternité,.....	8
Soit admis(e) en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité).....	8
Soit en cas de décès d'un Bénéficiaire	8
5.1.1. Soit transfert de vos enfants, ou de vos Ascendants, chez un proche.....	8
5.1.2. Soit présence d'un proche.....	8
5.1.3. Soit garde des enfants, ou de vos Ascendants, à votre Domicile.....	8
5.1.1. Assistance psychologique	8
5.1.2. Transport et garde de vos animaux domestiques.....	9
5.2. Aide-ménagère.....	9
5.2.1. Vous êtes.....	9
Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue pour plus de 48h ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,.....	9
Soit admise en Hospitalisation imprévue pour plus de 6 jours en maternité,.....	9
Ou en cas de décès d'un Bénéficiaire.....	9
5.2.2. Vous êtes.....	10

Soit admis(e) en Hospitalisation programmée pour plus de 48h	10
Soit admise en Hospitalisation programmée pour plus de 6 jours en maternité,	10
Soit admis en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)	10
5.3. En cas d’Immobilisation au Domicile de plus de 48 heures de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap	10
5.3.1. Soit présence d’un proche.....	10
5.3.2. Soit garde à Domicile	10
5.4. En cas d’absence scolaire supérieure à 15 jours de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap, due à une Immobilisation au Domicile ou à une Hospitalisation programmée ou imprévue	10
5.4.1. L’école continue	10
5.5. En cas d’Hospitalisation de plus de 4 jours (hors maternité) ou d’Immobilisation de plus de 10 jours (hors maternité) ou de décès de la personne salariée, fiscalement déclarée en charge de la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans ou en situation de Handicap	11
5.5.1. Soit le déplacement d’un proche	11
5.5.2. Soit la garde des enfants par une personne qualifiée.....	11
5.6. En cas d’Immobilisation au Domicile	11
5.6.1. Recherche des coordonnées d’un médecin	11
5.6.2. Recherche des coordonnées d’un(e) infirmier/ière	11
5.6.3. Recherche et envoi d’une ambulance pour votre transfert à l’hôpital, au centre de soins ou d’examen 12	
5.6.4. Livraison de médicaments au Domicile.....	12
6. DISPOSITIONS GENERALES	12
6.1. Exclusions	12
6.1.1. Exclusions communes à toutes les prestations	12
6.1.2. Exclusions spécifiques à l’assistance aux Personnes	13
6.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés.....	13
6.3. Subrogation.....	13
6.4. Prescription	14
6.5. Fausses déclarations	14
6.6. Déchéance pour déclaration frauduleuse	14
6.7. Cumul des garanties	14
6.8. Réclamations – Litiges.....	15
6.9. Autorité de contrôle.....	15
6.10. Protection des données personnelles.....	15
6.11. Droit d’opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	17

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance GENERALI SANTE ASSISTANCE +, entré en vigueur à compter du 01/01/2019.

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances, aux Bénéficiaires du contrat d'assurance collectif GENERALI SANTE souscrit auprès de GENERALI VIE (ci-après désigné « le Contrat GENERALI SANTE »).

Dispositions en vigueur jusqu'à parution de la nouvelle convention d'assistance.

1. Généralités

1.1. Objet

La présente convention d'assistance GENERALI SANTE ASSISTANCE + a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2. Définitions

1.2.1. GENERALI SANTE ASSISTANCE + ou « Nous »

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

1.2.2. Bénéficiaire ou « Vous »

Est considéré comme Bénéficiaire l'affilié d'un contrat d'assurance GENERALI SANTE, ainsi que les personnes suivantes :

- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire de l'affilié, vivant sous le même toit que celui-ci,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants en situation de Handicap âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrait(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

1.2.3. Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition.

1.2.4. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.2.5. Ascendant

Désigne le père, la mère, le grand-père, la grand-mère de l'affilié ou de son conjoint, concubin ou pacsé bénéficiaire, à charge fiscale de ces derniers, et résidant au Domicile.

1.2.6. Handicap

Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

1.2.7. Hospitalisation imprévue

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place, et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

1.2.8. Hospitalisation programmée

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place. L'hospitalisation programmée doit avoir été prescrite au moins 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

1.2.9. Hospitalisation ambulatoire

Désigne l'admission, justifiée par un bulletin d'hospitalisation d'entrée et de sortie, dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure.

1.2.10. Immobilisation

Désigne l'incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.11. Blessure

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et empêchant le Bénéficiaire de se déplacer par ses propres moyens.

1.2.12. Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux.

2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

2.1. Validité et durée

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat d'assurance GENERALI SANTE. Elles prennent effet, durent, sont suspendues, renouvelées ou résiliées dans les mêmes conditions et à la même date que le Contrat GENERALI SANTE.

2.2. Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.3. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à GENERALI SANTE ASSISTANCE + le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à GENERALI SANTE ASSISTANCE + les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.4. Etendue territoriale

Le présent contrat s'applique en France.

3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat GENERALI SANTE

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 92 34
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous Vous demanderons tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance, à savoir selon les cas, les bulletins d'hospitalisation d'entrée et de sortie, le certificat de décès, un justificatif de concubinage ou de Pacs, un avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, un certificat médical justifiant de l'immobilisation au Domicile (certificat médical ou certificat d'arrêt de travail),..

Toute Hospitalisation, Immobilisation ou décès non justifiés par les documents visés dans la présente Convention d'assistance pourra donner lieu à refacturation au Bénéficiaire demandeur de la prestation accordée par GENERALI SANTE ASSISTANCE +.

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

4. Service de renseignements et d'informations à caractère documentaire

Sur simple appel téléphonique, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire et exclusivement d'ordre privé, destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- famille, mariage, divorce, succession,
- habitation, logement,
- justice,
- travail,
- impôts, fiscalité,
- assurances sociales, allocations, retraites,
- consommation, vie privée,
- formalités, cartes,
- la législation routière (les contraventions, les procès-verbaux...),
- le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- enseignement, formation,
- voyages, loisirs,
- assurances, responsabilité civile,
- services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de Vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques. Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduits pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à Vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

5. Prestations d'assistance à Domicile

Pour chacune des prestations ci-dessous, un maximum de deux interventions par an par bénéficiaire sont prises en charges. Au-delà de deux interventions par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût des prestataires qualifiés reste alors à la charge du bénéficiaire.

5.1. Vous êtes ;

Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue ou programmée pour plus de 48 heures ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,

Soit admise en Hospitalisation pour plus de 6 jours en maternité,

Soit admis(e) en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)

Soit en cas de décès d'un Bénéficiaire

Vous pouvez bénéficier de l'une des 3 prestations suivantes pour garder vos enfants de moins de 15 ans bénéficiaires, ou vos enfants en situation de Handicap, ou vos Ascendants :

5.1.1. Soit transfert de vos enfants, ou de vos Ascendants, chez un proche

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants à charge, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesse, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou vos ascendants à charge lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou des Ascendants à charge ainsi que celui d'un accompagnant.

5.1.2. Soit présence d'un proche

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants de moins de 15 ans, ou vos enfants en situation de Handicap ou votre Ascendant à votre Domicile. Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, Nous organisons et prenons en charge ses frais **d'hôtel pendant 2 nuits jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.**

5.1.3. Soit garde des enfants, ou de vos Ascendants, à votre Domicile

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, Nous organisons et prenons en charge la garde à votre Domicile de vos enfants de moins de 15 ans, ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, par une garde d'enfant ou une auxiliaire de vie qualifiée, pendant 15 heures maximum.

Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, à raison de 8 heures consécutives.

5.1.1. Assistance psychologique

Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien Vous appartient et les frais de cette consultation sont à votre charge.

5.1.2. Transport et garde de vos animaux domestiques

Si Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons leur transport jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France et à moins de 50 km de votre lieu d'Hospitalisation.

Nous prenons en charge le transport de vos animaux de compagnie ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde **jusqu'à 10 jours consécutifs pendant la durée de votre séjour à l'hôpital ou pendant votre Immobilisation au Domicile.**

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, passeport de l'animal, caution éventuelle, etc.).

5.2. Aide-ménagère

5.2.1. Vous êtes :

Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue pour plus de 48h ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,

Soit admise en Hospitalisation imprévue pour plus de 6 jours en maternité,

Ou en cas de décès d'un Bénéficiaire

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à 20 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou Hospitalisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois).

5.2.2. Vous êtes :

Soit admis(e) en Hospitalisation programmée pour plus de 48h

Soit admise en Hospitalisation programmée pour plus de 6 jours en maternité,

Soit admis en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)

Par exception et exclusivement pour la prestation ci-dessous, un maximum de 4 interventions par an par bénéficiaire sont prises en charges.

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 5 heures de travail, réparties pendant votre Hospitalisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci.

5.3. En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 48 heures de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap

Vous pouvez bénéficier de l'une des 2 prestations suivantes :

5.3.1. Soit présence d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde à votre Domicile votre enfant bénéficiaire.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, Nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel **pendant 2 nuits jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.**

5.3.2. Soit garde à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la garde de votre enfant bénéficiaire pendant 15 heures maximum.

Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, à raison de 8 heures consécutives.

5.4. En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap, due à une Immobilisation au Domicile ou à une Hospitalisation programmée ou imprévue

5.4.1. L'école continue

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés, Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 15 heures maximum par semaine, tous cours confondus, à raison de 2 heures de cours consécutives minimum, et dans la limite de 3 semaines par événement.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'Hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

5.5. En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours (hors maternité) ou d'Immobilisation de plus de 10 jours (hors maternité) ou de décès de la personne salariée, fiscalement déclarée en charge de la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans ou en situation de Handicap

Vous pouvez bénéficier de l'une des prestations suivantes :

5.5.1. Soit le déplacement d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France, afin qu'elle se rende à votre Domicile et garde vos enfants de moins de 15 ans ou en situation de Handicap.

5.5.2. Soit la garde des enfants par une personne qualifiée

Nous organisons et prenons en charge la garde des enfants au Domicile du Bénéficiaire pendant 30 heures maximum, à concurrence de 10 heures par jour maximum réparties sur 5 jours.

5.6. En cas d'Immobilisation au Domicile

5.6.1. Recherche des coordonnées d'un médecin

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent.

Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

5.6.2. Recherche des coordonnées d'un(e) infirmier/ière

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24 h/24, 7 j/7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et Vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ère (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous.

Le choix du praticien Vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

5.6.3. Recherche et envoi d'une ambulance pour votre transfert à l'hôpital, au centre de soins ou d'examens

En cas d'Immobilisation au Domicile, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examens de votre choix. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examens restent à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

5.6.4. Livraison de médicaments au Domicile

Vous êtes Immobilisé(e) à Domicile, à la suite d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un Accident. Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

6. Dispositions générales

6.1. Exclusions

6.1.1. Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, ,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.
- à un sinistre survenu hors de France ou en dehors des dates de validité de garantie.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

6.1.2. Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 6.1.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou

6.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'évènements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation applicable,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés (y compris refus d'intervention),

6.3. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses prestations d'assistance, GENERALI SANTE ASSISTANCE + est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

6.4. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

« 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. »

6.5. Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L.113-8 du Code des assurances),

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des assurances).

6.6. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

6.7. Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

6.8. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser à :

**Europ Assistance
Service Remontées Clients
1 promenade de la
Bonnette 92633
Gennevilliers Cedex**

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si Vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, Vous pourrez saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :

**La Médiation de
l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
[http://www.mediation-
assurance.org/](http://www.mediation-assurance.org/)**

Vous restez libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

6.9. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 4, place de Budapest, CS 92459 PARIS CEDEX 09.

6.10. Protection des données personnelles

EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance,
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance,
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles,
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque,
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales,
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion,
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance,
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que ses données personnelles soient traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.

Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance du Bénéficiaire sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue

de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (6 mois pour les enregistrements téléphoniques, 5 ans pour les autres traitements), augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par :

- une convention de flux transfrontières établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,
- des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux règles internes conformes à la recommandation 1/2007 du Groupe de travail de l'Article 29 sur la demande standard d'approbation des règles d'entreprise contraignantes pour le transfert de données personnelles,
- une convention de flux transfrontières établie conformément au Privacy Shield actuellement en vigueur s'agissant des transferts de données à destination des États-Unis.

Le Bénéficiaire peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants),
- données de localisation,
- données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR).

Le Bénéficiaire, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. Le Bénéficiaire a le droit de retirer son consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits du Bénéficiaire s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,
- soit par voie postale : EUROPE ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des données - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex

Enfin, le Bénéficiaire est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

6.11. Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

EUROPE ASSISTANCE informe le Bénéficiaire, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet : SOCIETE OPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES

L'Assistance Téléconsultation Med&Vous

Si vous avez besoin de consulter un Professionnel de santé, par visioconférence ou par téléphone, vous pouvez vous connecter sur le site <https://generali.medetvous.fr/> ou contacter le 01 41 85 91 59.

Tous les assurés (ci-après l'Utilisateur) bénéficient de cette garantie qui est mise en œuvre par EUROP ASSISTANCE SA, Société anonyme de droit français au capital de 46 926 941 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est sis 1 Promenade de la Bonnette – 92230 GENNEVILLIERS.

Cette garantie prend effet et cesse dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat.

L'accès au Service Med&Vous, service de téléconsultation au sens des dispositions des articles L.6316-1 du Code de la santé publique, est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans. Pour toute fourniture du service de téléconsultation à un mineur dont l'âge est supérieur à 12 mois, l'accès au Service est nécessairement effectué et mis en œuvre par son représentant légal sous sa responsabilité exclusive.

Le Service Med&Vous comprend, le cas échéant, avec ou sans rendez-vous :

Un espace personnel sécurisé ;

- La délivrance d'une information santé ;
- La prise de rendez-vous avec un Professionnel de santé ;
- L'accès à l'historique des consultations passées et à venir ;
- Le renseignement d'un dossier médical (hébergé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé) dédié au Service Med&Vous ;
- La délivrance d'une Prescription de médicaments, le cas échéant si le Professionnel médical considère que l'état de santé de l'Utilisateur le justifie ;
- La délivrance d'un conseil en ligne, et le téléchargement du compte rendu du conseil en ligne ;
- La délivrance d'une téléconsultation, et le téléchargement du compte-rendu de l'acte de téléconsultation ainsi que de la Prescription délivrée par le Professionnel médical.
- L'envoi sécurisé du compte-rendu au médecin traitant peut être effectué, sous réserve de votre consentement à ce titre.

EXCLUSIONS RELATIVES A LA PLATEFORME MEDICALE

L'UTILISATEUR EST INFORME QUE LE SERVICE MED&VOUS NE PERMET EN AUCUN CAS LE DIAGNOSTIC, LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET LE SUIVI DES SITUATIONS D'URGENCE. LE CAS ECHEANT, IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR DE CONTACTER LES SERVICES D'URGENCE OU LE CENTRE 15 DE SON DEPARTEMENT.

LE SERVICE MED&VOUS NE CONSTITUE PAS UN DISPOSITIF MEDICAL LOGICIEL. EN OUTRE, LE SERVICE DE TELECONSULTATION DELIVRE NE PEUT AVOIR POUR FINALITE DE REMPLACER LE MEDECIN TRAITANT DE L'UTILISATEUR ET EST PROPOSE UNIQUEMENT EN COMPLEMENT A LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI EFFECTUES PAR LE MEDECIN TRAITANT OU LES AUTRES MEDECINS DE L'UTILISATEUR.

SONT EXCLUS :

- LES DEMANDES DE CONSEIL EN LIGNE AVEC DES PROFESSIONNELS DE SANTE AYANT UNE ACTIVITE AUTRE QUE CELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DU SERVICE MED&VOUS ;
- LES SUIVIS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES, DE GROSSESSE, DES NOURRISSONS DE MOINS DE 12 MOIS ;
- LES DEMANDES DE SECOND AVIS MEDICAL.

L'ACCES AU SERVICE DE TELECONSULTATION N'EST PAS DE DROIT : LE MEDECIN PEUT ESTIMER QU'IL N'EST PAS EN MESURE DE DELIVRER LE SERVICE DE TELECONSULTATION LORSQU'UN EXAMEN CLINIQUE AVEC PRESENCE PHYSIQUE DE L'UTILISATEUR OU DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT NECESSAIRES. LE CAS ECHEANT, IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR DE CONSULTER SON MEDECIN TRAITANT.

LES INFORMATIONS NE PEUVENT EN AUCUN CAS REMPLACER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PERSONNALISEE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE. DANS LA MESURE DU POSSIBLE, L'UTILISATEUR DOIT TOUJOURS PRIVILEGIER LE RECOURS A SON MEDECIN TRAITANT.

EN TOUTES HYPOTHESES, NI L'ASSUREUR SANTE, NI EUROP ASSISTANCE SA, NE SAURAIT ETRE TENU RESPONSABLE DE L'INTERPRETATION OU DE L'UTILISATION DES INFORMATIONS DIFFUSEES PAR L'INTERMEDIAIRE DE LA PLATEFORME, NI DES CONSEQUENCES.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX PRESCRIPTIONS MEDICALES

L'UTILISATEUR RECONNAIT ET ACCEPTE QU'AUCUNE PRESCRIPTION MEDICALE NE PEUT ETRE DELIVREE DANS LES CAS SUIVANTS :

- LA PRESCRIPTION LORSQUE L'UTILISATEUR SE SITUE EN DEHORS DU TERRITOIRE FRANÇAIS ;
- LA PRESCRIPTION POUR UN RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT (SAUF SI COMPATIBLE AVEC LE POINT SUIVANT) ;
- LA PRESCRIPTION DE TRAITEMENT SUPERIEUR A 7 JOURS ;
- LA PRESCRIPTION DE PREPARATION MAGISTRALES OU OFFICINALES ;
- LA PRESCRIPTION DE CERTIFICATS MEDICAUX ;
- LA PRESCRIPTION D'ARRET DE TRAVAIL ;
- LA PRESCRIPTION D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE REQUIS POUR COMPLETER LE DIAGNOSTIC MEDICAL (EX : IMAGERIE ET BIOLOGIE MEDICAL) ;
- LES PRESCRIPTIONS PARTICULIERES, PAR EXEMPLE :
 - MEDICAMENTS SOUMIS A PRESCRIPTION RESTREINTE ;
 - MEDICAMENTS SOUMIS A ACCORD PREALABLE ;
 - PRESCRIPTIONS DE STUPEFIANTS ;
 - MEDICAMENTS D'EXCEPTION.

Les conditions d'accès au Service Med&Vous, de fourniture du service de téléconsultation, mais également les exclusions, sont décrites dans les Conditions Générales d'Utilisation du Service (ci-après désignées « CGUS »), disponibles sur le site Europ Assistance <https://generali.medetvous.fr/cgu>

A tout moment, vous pouvez demander qu'un exemplaire papier des CGUS vous soit adressé par voie postale en écrivant à :

Generali Gestion Santé
TSA 10006
75433 Paris Cedex 09

En acceptant les conditions générales et particulières du présent contrat, vous reconnaissez avoir préalablement pris connaissance et accepté les CGUS.

Pour accéder Service, vous devez accepter à nouveau les CGUS et consentir au traitement de vos données à caractère personnel, administratives et de santé, par Europ Assistance SA.