

NOTICE D'INFORMATION

“FRAIS DE SANTE”

N° de contrat : 09810002508

Société : CAISSE REGIONALE DE CREDIT AGRICOLE MUTUEL NORD DE FRANCE

Catégorie de Personnel : Ensemble du personnel

Date d'effet : 01/01/2018

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions de prise en charge des frais de santé de votre contrat, pour vous et vos éventuels ayants droit s'ils sont pris en charge par votre contrat collectif.

Ce contrat est assuré en co-assurance par :

- PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est 50/56, rue de la Procession 75015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S. PARIS,
- CCPMA PREVOYANCE (Groupe Agrica), Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, (21 rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS CEDEX 08), représenté par

PREDICA est l'apériteur et prend en charge au nom des co-assureurs les décisions relatives à votre contrat.



DOCUMENT A SIGNER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e), _____, reconnais avoir reçu la Notice d'Information décrivant les conditions et modalités d'application des garanties frais de santé du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par mon entreprise : _____

Le contrat est co-assuré par PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, CCPMA PREVOYANCE (Groupe Agrica), Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

A _____, le _____

Signature :

	BIENVENUE	7
	VOS GARANTIES	8
	LEXIQUE	8
	Base de Remboursement (BR)	8
	Contrat responsable	8
	Forfait journalier hospitalier	8
	Ticket modérateur	8
	Tiers payant	8
	Régime obligatoire d'assurance maladie	8
	VOS GARANTIES OBLIGATOIRES	9
	Généralités sur les prestations	9
	Hospitalisation	9
	Soins médicaux courants	10
	Optique	10
	Dentaire	11
	Autres soins	11
	Médecines douces	12
	Limite des remboursements	12
	Territorialité	13
	EXCLUSIONS GENERALES	13
	VOS GARANTIES FACULTATIVES	13
	Extension famille facultative	13
	Options facultatives	13
	VOS REMBOURSEMENTS	14
	Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie	15
	Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie	15
	VOTRE ADHESION	15
	Quels sont les bénéficiaires du contrat ?	15
	Comment réaliser l'affiliation des bénéficiaires ?	15
	PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES	16
	Quand prennent effet vos garanties ?	16
	Quand cessent vos garanties ?	16
	Maintien des garanties au titre de la portabilité	17
	Maintien des garanties au titre de la loi Evin	17
	DISPOSITIONS GENERALES	18
	Cotisations des garanties obligatoires réglées par l'intermédiaire de l'entreprise	18
	Cotisations des garanties facultatives	18
	Médiation	18
	Délai de prescription	19
	Subrogation	19
	Fausse déclaration	19
	Informatique et libertés	19
	Autorité de contrôle	20

 VOS GARANTIES ASSISTANCE	22
Lexique	22
Validité de la convention	23
En cas d'accident ou de maladie de l'assuré survenu à domicile	23
En cas d'hospitalisation imprévue d'une durée d'au moins 24 heures consécutives en France	23
En cas d'hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 jours consécutifs en France	25
En cas d'accident ou de maladie de l'assuré survenu lors d'un déplacement	26
Conditions applicables aux interventions	27
En synthèse	27
Mise en œuvre des garanties	28
Limites d'interventions	28
Exclusions	28
Engagements financiers	29
Réclamations	29
Loi informatique et Libertés	29
Cotisations	30
 VOTRE TABLEAU DE GARANTIES	31



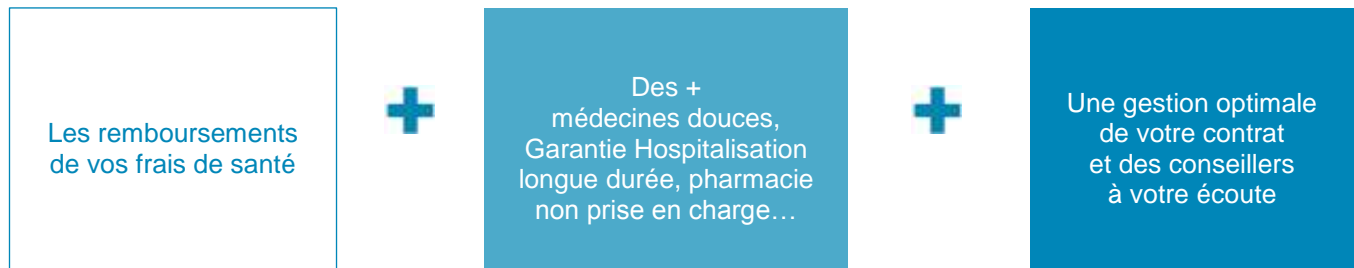
BIENVENUE

Le présent document définit les conditions et modalités d'application des garanties couvertes par votre contrat frais de santé. Il est assuré par PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, CCPMA PREVOYANCE (Groupe Agrica), Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Il s'agit d'une Notice d'Information et vous donne donc des informations sur :

- Les garanties auxquelles vous avez droit,
- Les conditions pour bénéficier de ces garanties,
- Les modalités de remboursement.

Nous sommes très heureux de vous compter parmi nos assurés et de vous offrir tous les avantages de ce contrat :





VOS GARANTIES

LEXIQUE

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence au régime obligatoire d'assurance maladie pour déterminer le montant de son remboursement.

Contrat responsable

Les règles que doivent respecter les contrats Frais de santé pour être qualifiés de « contrats responsables » sont fixées par la loi et notamment par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application. Ces règles visent d'une part, à imposer aux organismes assureurs des plchers et des plafonds de prise en charge pour certaines prestations et d'autre part, à leur interdire de rembourser certaines dépenses.

En tout état de cause, le présent contrat respecte l'ensemble de ces règles.

Forfait journalier hospitalier

Somme journalière à charge de la personne hospitalisée et dont le montant est fixé par arrêté.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du Ticket Modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...) ou selon que l'assuré est atteint d'une affection longue durée.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé, ces derniers étant payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire aux professionnels de santé.

Régime obligatoire d'assurance maladie

Régime de Sécurité sociale auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés.



VOS GARANTIES OBLIGATOIRES

Les garanties Frais de santé s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ».

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », le contrat sera mis en conformité et les garanties Frais de santé adaptées conformément à la législation. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant en fin de document, le remboursement :

- Des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- Des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutiques non prises en charge par la Sécurité sociale,
- Des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
- Des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties, conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 et publié au Journal Officiel du 18 juin 2006.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat. Toutes évolutions du niveau de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie susceptibles de modifier l'engagement des organismes assureurs feront l'objet d'une modification des garanties. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent être adressées à PREDICA dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.

Les garanties suivantes sont incluses :

- Les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- Les honoraires médicaux et chirurgicaux, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- La franchise hospitalière,
- Le forfait journalier hospitalier, tel que visé à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale, dans les établissements de santé, sans limitation de durée,
- La chambre particulière, plafonnée à 60 jours par année civile,
- Les frais d'accompagnant (y compris lit) en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un ascendant de plus de 70 ans, plafonnés à 60 jours par an.

Garantie Hospitalisation Longue Durée

Une garantie est prévue. La garantie est versée pour toute hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs pour rembourser les restes à charge liés à l'hospitalisation. Elle intervient dans la limite d'un forfait et sur justification des frais liés à l'hospitalisation engagés par l'assuré. Une garantie est constituée pour chaque bénéficiaire nommément désigné au contrat. Un même assuré ne peut bénéficier de sa garantie qu'au maximum 3 fois par an, soit pour trois hospitalisations distinctes de dix jours consécutifs ou plus.

Le remboursement se fait sur demande et est conditionné à l'envoi de factures nominatives acquittées à l'hôpital. Elle ne permet pas le remboursement de frais qui serait prohibé pour le respect du caractère responsable de l'article L871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.



VOS GARANTIES

Exclusions particulières

Ne sont pas pris en charge :

Les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf le forfait journalier, chambre particulière et lit d'accompagnement),

Toute franchise applicable par le régime obligatoire à l'exception de la franchise des actes lourds supérieurs à 120 €,

Le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux, dans les établissements visés à l'article L174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6 du I de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles,

Les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Soins médicaux courants

Les honoraires médicaux

Les honoraires médicaux incluent les frais suivants, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie :

- Les honoraires, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité :
 - des consultations, visites et soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
 - des actes techniques médicaux,
 - des actes de radiologie.
- Les visites et actes des auxiliaires médicaux définis au livre III de la 4^{ème} partie du Code de la santé publique,
- Les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Les frais de transport.

Les frais de pharmacie

Les frais de pharmacie incluent le remboursement des médicaments prescrits et pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Les médicaments remboursés sont :

- Les médicaments à service médical rendu majeur ou important remboursés par la Sécurité sociale,
- Les médicaments à service médical rendu modéré remboursés par la Sécurité sociale,

- Les médicaments à service médical rendu faible remboursés par la Sécurité sociale, vendus en pharmacie.

Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale

Cette garantie permet le remboursement des médicaments et des vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale, à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire.

Le remboursement est conditionné à :

- Une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- Une inscription sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- Un achat en pharmacie,
- L'envoi de factures nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire).

Exclusions particulières sur les Soins médicaux courants

Ne sont pas prises en charge :

Les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, sauf pour les prestations mentionnées explicitement,

Toute franchise applicable par le régime obligatoire autre que le Ticket Modérateur,

Les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Optique

Cette garantie permet le remboursement :

- De la monture,
- Des verres simples, complexes et hypercomplexes,
- Du matériel pour amblyopie au même titre que les verres complexes,
- Des lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables et lentilles correctrices de couleur),
- De la chirurgie réfractive pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.



VOS GARANTIES

Les remboursements de ces garanties sont exprimés en Euros par an et par bénéficiaire. Ils comprennent la prise en charge du Ticket Modérateur mais n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale.

Le remboursement s'effectue dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les vingt-quatre mois, ou tous les ans pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue, étant précisé que ces périodes sont fixes et qu'elles s'apprécient à compter de la date de votre adhésion au contrat.

Lorsque vous adhérez à une garantie facultative, la durée de vingt-quatre mois est identique à celle calculée pour votre adhésion aux garanties de base obligatoires, sans prendre en considération la date d'adhésion aux garanties facultatives.

En outre, si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et que vous ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat couvre la prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de prise en charge sont alors applicables à chacun des équipements considérés individuellement.

Exclusions particulières sur l'optique

Ne sont pas prises en charge :

Les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf pour les lentilles et la chirurgie de la myopie),

Les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Dentaire

Cette garantie permet le remboursement :

- Des consultations et soins dentaires,
- Des inlays-onlays,
- Des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay-core),
- De l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,
- De la parodontologie et l'endodontie remboursées par la Sécurité sociale,
- De la parodontologie et l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale

Sont également prises en charge :

- Les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale,

- L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale,
- L'implantologie, incluant l'implant.

Le remboursement inclut la prise en charge du Ticket Modérateur ainsi que le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, l'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, l'implantologie, la parodontologie et l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale.

Un plafond global en Euros est prévu sur les garanties dentaires (hors consultations et soins dentaires et inlays-onlays). En cas de dépassement du plafond annuel, les prothèses dentaires et l'orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 125% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les autres actes pris en charge par la Sécurité sociale seront remboursés à hauteur du Ticket Modérateur.

Ce plafond est défini par an et par bénéficiaire.

Exclusions particulières sur le dentaire

Ne sont pas prises en charge :

Les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf pour les prestations mentionnées explicitement ci-dessus),

Les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Autres soins

Prothèses et appareillages

Cette garantie permet le remboursement des frais engagés sur :

- Les grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et location d'appareils) pris en charge par la Sécurité sociale,
- Les prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale.

Elle permet également de bénéficier d'un complément de remboursement, exprimé en Euros par an et par bénéficiaire, sur les prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale (implant capillaire, mammaire) sous condition d'inscription à la liste des affections longues durées (ALD).



Cures thermales

La garantie Cures thermales permet le remboursement des frais de cures pris en charge par la Sécurité sociale. Il inclut les honoraires et un forfait en Euros par an et par bénéficiaire pour les frais liés au transport et à l'hébergement.

Allocation naissance /adoption

Une prime est versée à la naissance par enfant ou en cas d'adoption quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement du conjoint et de l'enfant au contrat. Elle est versée une seule fois si les deux parents sont salariés de la même entreprise et qu'ils cotisent en tant qu'assuré. Pour en bénéficier, la demande de remboursement doit être accompagnée d'une copie de l'acte de naissance de l'enfant concerné ou du certificat d'adoption.

Actes de prévention

Sont pris en charge les actes de prévention remboursables par le régime obligatoire d'assurance maladie tels que définis par l'arrêté du 08 juin 2006 :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire,
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum,
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans,
- Dépistage de l'hépatite B,
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie,
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par le régime obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans,

- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, coqueluche : avant 14 ans, hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Médecines douces

Spécialités non remboursées par la Sécurité sociale

Cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, acupuncteur, de diététicien, d'étéopathe, de chiropracteur, de podologue ou pédicure, de shiatsu, reflexologue, sophrologue, phytothérapeute, naturopathe, microkinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, homéopathe, neuropsychologue réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre défini de séances par année civile.

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative, établie par le praticien.

Exclusions particulières sur les Médecines douces

Ne sont pas pris en charge :

- **Les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus,**
- **Les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».**

Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.



VOS GARANTIES

En tout état de cause, ces garanties s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs au contrat responsable.

Territorialité

Les garanties du présent contrat s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime de base de Sécurité sociale français.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

EXCLUSIONS GENERALES

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par l'organisme gestionnaire les dépenses suivantes :

- **La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,**
- **Les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale,**
- **La majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant,**
- **Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale,**
- **Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.**

VOS GARANTIES FACULTATIVES

Vous pouvez souscrire des garanties facultatives, que vous financez intégralement :

Extension famille facultative

L'extension famille facultative permet d'étendre le bénéfice des garanties obligatoires à vos ayants droit.

Options facultatives

Les garanties optionnelles facultatives décrites dans la présente Notice d'Information et détaillées au tableau de garanties interviennent en complément des garanties obligatoires et s'appliquent dans les modalités décrites pour les prestations garanties à titre obligatoire.

Elles sont souscrites obligatoirement pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif frais de santé, qu'ils soient couverts de manière obligatoire ou facultative.

Pour bénéficier des garanties facultatives, vous devez en effectuer la demande auprès de PREDICA, lors de votre adhésion ou à tout moment en cours de vie du contrat.

Les options facultatives consistent en une majoration des garanties de bases obligatoires.

Sont bénéficiaires des garanties optionnelles que vous choisissez, vous-même et, le cas échéant, vos ayants droit qui bénéficient des garanties obligatoires.

Vous pouvez également demander à changer de niveau de garanties à la hausse ou à la baisse

Les garanties facultatives (extension famille et/ou options) prennent effet, **SOUS RESERVE DU PAIEMENT DE LA COTISATION CORRESPONDANTE :**

- Si vous formulez votre choix lors de votre adhésion au contrat obligatoire, à cette date ;
- Si vous formulez votre choix dans les trois mois suivant votre adhésion au contrat obligatoire, le premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande par l'apporteur;



VOS GARANTIES

- En cas de changement de situation de famille permettant le rattachement d'un ayant droit au présent contrat, à l'expiration d'une dispense, ou dans le cas où un ayant droit perd la qualité d'assuré au titre d'un autre contrat complémentaire santé, à la date à laquelle l'événement a eu lieu, sous réserve que votre bulletin individuel d'adhésion parvienne à l'apéríteur au plus tard dans les trente jours qui suivent l'évènement ;
- En cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le premier jour de l'année civile suivant la date de réception de votre demande par l'apéríteur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- Dans le cas où vous avez déjà résilié une garantie facultative, toute souscription d'une nouvelle garantie facultative ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation. Cette règle ne s'applique pas en cas de changement de situation de famille pour la souscription de l'extension famille facultative.

En outre, en cas de demande de modification des options facultatives, ces dernières prennent effet :

- En cas de modification des garanties pour un niveau d'option supérieur, les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'organisme gestionnaire, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- En cas de modification des garanties pour un niveau d'option inférieur, les nouvelles garanties prennent effet au terme d'une période d'une année civile suivant le 31 décembre de l'année où vous avez demandé à modifier les garanties.

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, à compter de la souscription de la garantie facultative, vous disposez alors d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion aux garanties facultatives. Pour ce faire, il suffit d'en aviser Predica en adressant, sous pli recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation établie selon le modèle figurant ci-dessous, à :

**CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28 039 CHARTRES CEDEX**

« Je soussigné (Nom et prénom), demeurant à _____ déclare renoncer à la souscription des garanties facultatives de mon contrat collectif frais de santé et demande le remboursement des cotisations versées puisqu'aucune prestation ne m'a été versée.

Fait à _____, le _____ signature. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de la garantie facultative à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Dès lors que l'organisme gestionnaire a connaissance du paiement d'une prestation, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

La renonciation entraîne la restitution, dans un délai de trente jours, des cotisations versées à l'organisme gestionnaire.

Les garanties facultatives prennent fin :

- Au 31 décembre qui suit votre demande de résiliation des garanties, qui doit nous être adressée au plus tard, le 31 octobre précédant ;
- A la rupture de votre contrat de travail. Par dérogation, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, la garantie peut être maintenue, selon les modalités et conditions fixées au « chapitre VII – Prise d'effet et cessation des garanties obligatoires – Maintien des garanties au titre de la portabilité », au profit des anciens salariés dont le contrat de travail est rompu (sauf rupture du contrat de travail consécutive à une faute lourde) et qui bénéficient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- A la résiliation du contrat d'assurance collective par votre employeur ou par PREDICA ;
- Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion aux garanties facultatives, en nous adressant une demande en ce sens, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'information relative à ces modifications ;
- En cas de non-paiement des cotisations afférentes ;

A la date à laquelle les ayants droit perdent cette qualité au regard de la définition du présent contrat.

VOS REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le premier remboursement, vous devez avoir rempli et signé un bulletin individuel d'adhésion mentionnant, le cas échéant, vos ayants droit, auquel doit être joint un relevé d'identité bancaire ou postal et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer. Ce bulletin doit nous avoir été transmis par le biais de votre employeur.



VOS GARANTIES

Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie

Ce dispositif vous évite de nous adresser vos décomptes de votre régime obligatoire d'assurance maladie. En effet, dès que vous vous êtes servi de votre carte Vitale ou après avoir envoyé votre feuille de soins au régime obligatoire d'assurance maladie, ce dernier nous transmet le montant des remboursements à verser. Nous procédons au virement du remboursement complémentaire directement sur votre compte bancaire.

Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie

Le régime obligatoire d'assurance maladie effectuera son remboursement et vous enverra un décompte de prestations que vous devez faire parvenir à l'adresse suivante accompagné, le cas échéant, des factures (optique, dentaire...) :

**CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28 039 CHARTRES CEDEX**

L'organisme gestionnaire se réserve le droit de vous demander tout justificatif prouvant la bonne exécution des soins dont vous demandez le remboursement au titre de ce contrat.

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du tiers payant auprès des praticiens qui l'acceptent.

VOTRE ADHESION

Quels sont les bénéficiaires du contrat ?

Sont bénéficiaires des garanties obligatoires souscrites par votre entreprise :

- L'ensemble des salariés de la société
- et, à titre obligatoire, les ayants droit de l'assuré

Dans le cadre de l'extension famille facultative, peuvent également être bénéficiaires des garanties obligatoires vos ayants droit, tels que définis ci-après.

Sont considérées comme ayants droit, les personnes suivantes :

- Votre conjoint, c'est-à-dire non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité,

- En l'absence de conjoint, votre concubin célibataire, divorcé ou veuf. Le concubin s'entend de la personne qui vit en concubinage avec vous. Le concubinage doit être notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant, que vous avez reconnu, est né de cette union.
- Tant que le mariage n'est pas dissous, votre conjoint légitime peut disposer d'un droit au remboursement, excluant de ce fait, et sans recours possible, votre concubin de l'accès aux garanties. En cas de divorce, les droits aux prestations de votre concubin prennent effet au lendemain de la date du jugement de dissolution du mariage.
- Les enfants de moins de 21 ans rattachés à votre foyer fiscal, à celui de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin ou, n'étant pas dans cette situation, qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et bénéficient du régime des étudiants ; sont assimilés à des étudiants les enfants qui poursuivent leurs études dans le cadre d'un contrat en alternance et bénéficient de revenus inférieurs à 55% du SMIC,

Quel que soit leur âge, vos enfants et ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

Vous devez nous fournir, à l'adhésion et à tout moment sur notre demande, tout document permettant de justifier de la qualité d'assuré et d'ayants droit.

Comment réaliser l'affiliation des bénéficiaires ?

Pour bénéficier des garanties vous devez compléter, signer et retourner à votre employeur le bulletin individuel d'adhésion mentionnant, le cas échéant, les ayants droit.

Ce bulletin doit être accompagné des justificatifs (cités dans celui-ci) suivant :

Pour vous :

- Une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social que vous pouvez récupérer sur ameli.fr ou dans votre caisse d'assurance maladie,
- Votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne

Si vous êtes concernés :



VOS GARANTIES

- Une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social de vos ayants droit,
- Les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation d'ayant droit,
- L'attestation de PACS,
- Votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur

Vous devez fournir à PREDICA, à l'adhésion et à tout moment à sa demande, tout document permettant de justifier de la qualité bénéficiaire.

Vous êtes également tenu de déclarer en cours de contrat toute modification intervenant dans votre situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille dans le mois suivant la modification).

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES

Quand prennent effet vos garanties ?

Les garanties obligatoires prennent effet :

- A la date d'effet du contrat collectif, qui démarre obligatoirement un premier du mois, si vous faites partie des effectifs et appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- A la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat collectif ;
- A la date à laquelle vous entrez dans la catégorie définie aux Conditions Particulières.

Pour vos ayants droit :

- A la même date que vous, sous réserve qu'ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- A la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé parvienne à PREDICA, au plus tard dans les trente jours qui suivent cette date. A défaut, au 1er jour du mois qui suit la réception du bulletin individuel d'adhésion par PREDICA;
- Au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ne peuvent donner lieu à remboursement par les organismes assureurs.

Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- A la date de résiliation du contrat collectif par votre employeur ou par PREDICA quel qu'en soit le motif,

A la date de rupture de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif (licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.). Par dérogation, en cas de rupture de votre contrat de travail, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, vos garanties peuvent être maintenues, selon les modalités et conditions fixées dans le paragraphe ci-dessous intitulé « Maintien des garanties au titre de la portabilité », étant précisé que ce maintien débutera au 1er jour du mois suivant la rupture de votre contrat de travail,

- A la date à compter de laquelle vous et, le cas échéant, vos ayants droit ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au contrat,
- A la date de passage dans une catégorie de personnel non visée ci-dessus,
- A la date à laquelle vous, et le cas échéant vos ayants droit, bénéficiez d'une dispense d'adhésion, telle que prévue par la réglementation.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour vous et vos ayants droit.

Cas particuliers de suspension de contrat de travail

Vos garanties vous sont maintenues, pendant la période de suspension de votre contrat de travail :

- Pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité ;
- Dans les autres cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur.

Les cotisations restent intégralement dues pendant la période de suspension de votre contrat de travail.



VOS GARANTIES

Dans les autres cas de suspension de votre contrat de travail, la garantie est également maintenue sous réserve que vous en fassiez la demande au plus tard dans les trente jours (30 jours) suivant la date de début de suspension de votre contrat de travail et que vous acquittiez la cotisation correspondant à ce maintien.

Dans les autres cas, la garantie est suspendue à compter de la date de suspension de votre contrat de travail.

Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge. Seuls les soins prescrits et effectués antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Maintien des garanties au titre de la portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, vos garanties Frais de santé sont maintenues si vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve des conditions et modalités suivantes :

- Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail ;
- Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs ayants droit, sont celles en vigueur dans l'entreprise ; par conséquent, les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient des garanties « frais de santé » du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs ayants droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

- L'ancien salarié doit justifier auprès de PREDICA, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité ;
- L'employeur signale le maintien de la garantie Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe PREDICA dans un délai de 15 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie Frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

Dans le cas où aucun salarié n'est affilié au contrat, les organismes assureurs ne garantissent les anciens salariés en portabilité qu'en contrepartie d'une prime spécifique à la charge de votre employeur.

La garantie Frais de santé cesse :

- A l'issue de la durée mentionnée au 1° de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale ;
- A la date à laquelle vous cessez de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de demandeurs d'emploi, de décès) ;
- En cas de manquement à votre obligation de fourniture des justificatifs demandés ;
- En cas de résiliation, pour quelque motif que ce soit, du contrat collectif ;
- Lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pour bénéficier du maintien de la garantie.

Maintien des garanties au titre de la loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent, dans les cas visés ci-après, demander à bénéficier d'une couverture auprès de PREDICA sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :



VOS GARANTIES

1° Les anciens assurés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du mécanisme de portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

2° Les personnes garanties du chef de l'assuré, décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Le souscripteur en informe PREDICA dans un délai de 15 jours qui adresse des propositions de couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Les organismes assureurs adressent des propositions de couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

DISPOSITIONS GENERALES

Cotisations des garanties obligatoires réglées par l'intermédiaire de l'entreprise

La répartition des cotisations obligatoires entre l'entreprise et les salariés est fixée dans l'acte de formalisation du régime dans l'entreprise. L'entreprise est seule responsable du versement des cotisations.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, PREDICA se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse au souscripteur, PREDICA l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. PREDICA se réserve le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'apéríteur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

Cotisations des garanties facultatives

Pour les garanties facultatives, un avis d'échéance vous sera adressé.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement bancaire ou SEPA.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, PREDICA se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après vous avoir envoyé une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure, PREDICA informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

PREDICA se réserve le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme gestionnaire les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

Médiation

Pour tout renseignement, toute précision ou toute réclamation concernant le contrat, un numéro de téléphone du gestionnaire du contrat est mis à disposition :

02 37 91 53 19
(prix d'un appel local)

En cas d'insatisfaction, une réclamation écrite peut être adressée à PREDICA, à l'adresse suivante :

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28 039 CHARTRES CEDEX

A compter de la réception de la réclamation, l'apéríteur s'engage :

- à adresser un accusé réception dans un délai de 10 jours ouvrés ;
- à apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.



VOS GARANTIES

Si la réponse écrite apportée ne semble pas satisfaisante, vous pouvez recourir gratuitement à une procédure de médiation en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09

ou sur le site internet :
<http://www.mediation-assurance.org>

Toutefois cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

Délai de prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat 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 les organismes assureurs en ont 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.

Conformément à l'article L.114-2 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 avis de réception adressée par les organismes assureurs à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré aux organismes assureurs en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;

- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Subrogation

Conformément à l'article L131-2, alinéa 2 du Code des assurances, les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, les organismes assureurs sont subrogés, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion des organismes assureurs entraînerait l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances, lequel prévoit :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

Informatique et libertés

Les données à caractère personnel concernant l'assuré (ou, le cas échéant, ses ayants droit), collectées par le souscripteur dans le cadre de la présente adhésion, et au cours de son exécution, sont communiquées à Predica, désigné par les organismes assureurs comme gestionnaire du régime.

Ces données, obligatoires pour une adhésion, sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance. Ces données, à l'exclusion du NIR, peuvent également être utilisées pour l'élaboration de statistiques, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales.



VOS GARANTIES

Pour les besoins du traitement, dans le cadre de ses activités d'assurance maladie, maternité, invalidité, en vertu des dispositions de l'article R. 115-2 (2o) du Code de la sécurité sociale, les organismes assureurs sont autorisés à collecter et traiter le numéro d'inscription au répertoire (NIR), à l'exclusion de toute utilisation aux fins d'identification des doublons ou des homonymies.

Seules les personnes habilitées pourront avoir accès à cette donnée confidentielle.

Les données à caractère personnel seront conservées pour une durée correspondant à la durée de la relation contractuelle augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation des droits de l'Assuré ou de ceux des bénéficiaires, ainsi que des durées de prescription et d'épuisement de toutes les voies de recours, et des délais légaux d'archivage.

Les données d'identité, à l'exclusion du NIR et de toutes données de santé également strictement confidentielles, sont également destinées aux co-assureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre la fraude, lutte contre le blanchiment des capitaux, évaluation des risques,...) au bénéfice de l'ensemble des organismes assureurs. La liste des destinataires bénéficiaires d'informations concernant l'assuré pourra lui être communiquée sur simple demande de l'assuré à : : PREDICA - Service Clients – 75724 Paris Cedex 15.

Ces données permettront également d'adresser à l'assuré - sauf opposition de sa part à : PREDICA - Service Clients – 75724 Paris Cedex 15, des offres commerciales des organismes assureurs, dans le cadre d'actions de prospection et promotion commerciales.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de modification et d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Ces droits s'exercent par courrier auprès de : PREDICA - Service Clients – 75724 Paris Cedex 15. Par ailleurs, conformément à Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016, dite « Loi pour une République Numérique », L'Assuré peut fournir à Predica des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données personnelles détenues par celle-ci après son décès, sous réserve du respect des intérêts légitimes des ayants-droits et sous réserve des durées nécessaires de conservation de ces données pour la liquidation et la consolidation des droits des bénéficiaires, ainsi que des durées de prescription et d'épuisement de toutes les voies de recours, et des délais légaux d'archivage. Ces directives peuvent être données par lettre simple en s'adressant : PREDICA - Service Clients – 75724 Paris Cedex 15. Il peut à tout moment modifier ou révoquer ses instructions via ce même canal. L'assuré peut notamment désigner pour exécuter et mettre en œuvre ces directives Predica elle-même ou toute autre personne dont il aura convenance. En l'absence de personne désignée et sauf instruction contraire, les héritiers pourront prendre connaissance des directives au décès de leur auteur et demander leurs mises en œuvre à Predica.

Autorité de contrôle

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.



VOS GARANTIES

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par Predica auprès de **FRAGONARD ASSURANCES**, Société anonyme au capital de 37 207 660.00 €, 479 065 351 RCS Paris, siège social : 2 rue Fragonard – 75017 Paris, entreprise régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 9) sont mises en œuvre par **MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS**, Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076.86 €, 490 381 753 RCS Bobigny, Société de courtage d'assurances, inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen,

Ci-après dénommée le « **Service Assistance** ».

Lexique

Dans la présente convention d'assistance, les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un Accident.

Ascendant dépendant à charge

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) dépendant, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Assuré

Salarié relevant de la catégorie de personnel bénéficiaire et tenu d'adhérer au contrat de groupe - Complémentaire Santé Collective ainsi que son/ses éventuels ayants droit affilié(s) au contrat de groupe.

Déplacement

Tout déplacement en France au-delà d'un rayon de 50 (cinquante) km du Domicile de l'Assuré.

Domicile

Lieu de résidence principale de l'Assuré situé en France, inscrit sur le contrat Complémentaire Santé Collective et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Etranger

Tout pays, à l'exception de la France métropolitaine.

France : France métropolitaine et les départements d'outre-mer suivants : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public relatif :

- soit à une hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 jours consécutifs,
- soit à une hospitalisation imprévue d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

Sont couverts les cas de complications liées à l'accouchement entraînant :

- soit une prolongation du séjour de la mère en maternité,
- soit une admission dans un autre établissement hospitalier.

Immobilisation au Domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un Médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un Médecin.

Maladie

Toute altération imprévisible et soudaine de santé constatée par un médecin.

Médecin

Tout professionnel de santé habilité à dispenser des actes médicaux.

Validité de la convention

Validité territoriale

Le bénéfice des prestations de la présente convention varie selon les prestations. Il est ouvert en France.

La prestation « Envoi de médicaments » est mise en œuvre UNIQUEMENT LORS D'UN DEPLACEMENT A L'ETRANGER.

Dispositions spécifiques pour les résidents de l'île de la Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Mayotte

Le transfert des enfants ou des proches et la présence au chevet sont effectués exclusivement dans le département où est situé le Domicile.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats) est acquise dans la limite des disponibilités locales.

Les prestations d'assistance sont accordées sans franchise kilométrique.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat collectif Complémentaire Santé Collective souscrit auprès de Predica et de l'accord liant Predica et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

En cas d'accident ou de maladie de l'assuré survenu à domicile

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le Médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Aide à la recherche d'un médecin

En l'absence du Médecin traitant, le Service Assistance aide l'Assuré à rechercher un médecin à l'endroit où il se trouve en lui communiquant les numéros de téléphones utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

En aucun cas, le Service Assistance ne sera responsable en cas d'indisponibilité ou d'éloignement trop important du Médecin susceptible de se déplacer.

Livraison de médicaments

Le Service Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, l'Assuré n'est pas en mesure de se déplacer, le Service Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Aide à la recherche d'une infirmière

A la demande et sur prescription médicale, le Service Assistance aide à rechercher et envoie une infirmière au Domicile, dans la limite des disponibilités locales.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires seront pris en charge (totalement ou partiellement) par le régime obligatoire de l'Assuré ou son contrat Complémentaire Santé Collective.

Aide en cas d'immobilisation au Domicile

Le Service Assistance :

- Recherche et missionne une personne pour effectuer une démarche, une course ou aider aux actes de la vie courante.
- Réserve un taxi ou une ambulance s'il est dans l'obligation de sortir.
- Organise la prise de note de la commande et la livraison des plats disponibles dans le commerce local.

Pour ces 3 (trois) prestations, les frais restent à la charge de l'Assuré.

Veille sur les Ascendants dépendants à charge

Lorsque l'Assuré est victime d'une Maladie ou un Accident ne nécessitant pas d'Hospitalisation et qu'il est dans l'incapacité de s'occuper de ses Ascendants dépendants à charge, le Service Assistance recherche et prend en charge l'intervention d'une personne compétente entre 8h et 19h du lundi au vendredi, hors jours fériés, pendant **20 (vingt) heures maximum**.

En cas d'hospitalisation imprévue d'une durée d'au moins 24 heures consécutives en France

Attention : si l'Hospitalisation intervient lors d'un Déplacement, se reporter à l'article « en cas d'accident ou de maladie survenu lors d'un déplacement »

[Retour au Domicile](#)

Dans le cas où l'état de santé de l'Assuré nécessite une Hospitalisation imprévue d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, le Service Assistance organise sur prescription médicale et dans la limite des disponibilités locales, le transport par ambulance du Domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 (cinquante) kilomètres maximum.

A l'issue de son Hospitalisation, le Service Assistance organise dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance, si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son Domicile (dans un rayon de 50 (cinquante) kilomètres).

La prise en charge financière du déplacement se fera en complément des remboursements éventuels que l'Assuré aura obtenus auprès des régimes obligatoires et complémentaires.

[Aide-ménagère à Domicile](#)

Lorsque l'Assuré est hospitalisé de manière imprévue pour une durée d'au moins 24 heures consécutives, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pendant 9 (neuf) heures maximum réparties sur 3 (trois) semaines (3 (trois) heures minimum par intervention).

Cette prestation peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au vendredi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au Domicile.

La demande de prestation doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivant le retour au Domicile.

[Assistance aux enfants et aux petits-enfants de moins de 15 \(quinze\) ans](#)

Lorsque l'Assuré est hospitalisé de manière imprévue pour une durée d'au moins 24 heures consécutives :

- Garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 (quinze) ans
 - Le Service Assistance organise et prend en charge la garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 (quinze) ans, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 (vingt-quatre) heures** par Hospitalisation.
 - Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut-être fournie entre 8h et 19h, du lundi au samedi, hors jours fériés.
 - La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant de l'Assuré au Domicile, préparer les repas.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou présence d'un proche en cas d'Hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures consécutives ».

- Conduite à l'école des enfants
 - La garde d'enfant pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, conduire l'enfant à la crèche ou à l'école et retourner le chercher.
 - Cette prestation est accordée de 8h à 19h du lundi au samedi, hors jours fériés pendant 5 (cinq) jours consécutifs.
- Taxi
 - Le Service Assistance recherche et missionne un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport ...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant pendant ses heures de garde.
 - Le Service Assistance prend en charge les frais de taxi à concurrence d'un forfait de **77 € par Hospitalisation**.
 - Précision : le Service Assistance se réserve la possibilité de demander à l'Assuré un bulletin d'hospitalisation.
- Transfert des enfants ou présence d'un proche en cas d'Hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures consécutives. Le Service Assistance organise et prend en charge :
 - soit le transfert aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, des enfants à charge de moins de 15 (quinze) ans chez une personne désignée résidant en France. L'accompagnement des enfants est effectué par ses correspondants ou par un proche désigné par l'Assuré.
 - soit le transport aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, d'une personne désignée par l'Assuré, résidant en France, afin qu'elle vienne au Domicile pour effectuer la garde des enfants.

Ces prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ».

[Veille sur les Ascendants dépendants à charge](#)

Lorsque l'Assuré est hospitalisé de manière imprévue pour une durée d'au moins 24 heures consécutives, le Service Assistance recherche, missionne à son Domicile et prend en charge une personne qui aide l'Ascendant aux actes de la vie quotidienne.

Cette prestation dure au minimum **2 (deux) heures par jour** et peut être fournie de 8h à 19h du lundi au samedi, hors jours fériés, **pendant 5 (cinq) jours maximum**.

Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille

Lorsque l'Assuré est hospitalisé de manière imprévue pour une durée d'au moins 24 heures consécutives, le Service Assistance :

- Prend en charge les frais de transport aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, d'une personne désignée par l'Assuré, résidant en France, afin qu'elle vienne à son chevet,
- Organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de cette personne **pendant 2 (deux) nuits maximum à concurrence de 80 € TTC par nuit (les frais de restauration sont exclus)**.

Assistance aux animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux)

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- soit à l'extérieur du Domicile de l'Assuré, la garde en pension complète chez un professionnel, dans la limite de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation ;
- soit le transport chez un proche résidant en France, désigné par l'Assuré dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile de l'Assuré.

Ces prestations sont non cumulables.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{de} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

Aide dans la vie quotidienne

Si un ascendant, habituellement chargé de la garde des enfants de l'Assuré, est hospitalisé de manière imprévue pour une durée supérieure à 1 (un) jour, et si aucun proche ne peut s'occuper de ceux-ci, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge une garde d'enfant lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h et 19h à concurrence de **5 (cinq) jours maximum**.

En cas d'hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 jours consécutifs en France

Retour au Domicile

Dans le cas où l'état de santé de l'Assuré nécessite une Hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs, le Service Assistance organise, dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance du Domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 (cinquante) km maximum.

A l'issue de son Hospitalisation, le Service Assistance organise dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance, si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son Domicile (dans un rayon de 50 (cinquante) km).

La prise en charge financière du déplacement se fera en complément des remboursements éventuels que l'Assuré aura obtenus auprès des régimes obligatoires et complémentaires.

Aide-ménagère à Domicile

Lorsque l'Assuré est hospitalisé pour une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pendant **9 (neuf) heures maximum** réparties sur 3 (trois) semaines (3 (trois) heures minimum par intervention).

Cette prestation peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au vendredi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au Domicile.

La demande de prestation doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivant le retour au Domicile.

Assistance aux enfants et aux petits-enfants de moins de 15 (quinze) ans

Lorsque l'Assuré est hospitalisé pour une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs :

- Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 15 (quinze) ans au Domicile
 - Le Service Assistance organise et prend en charge la garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 (quinze) ans, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 (vingt-quatre) heures** par période d'Hospitalisation.
 - Chaque prestation de garde d'enfant dure au **minimum 4 (quatre) heures** et peut-être fournie entre 8h et 19h, du lundi au samedi, hors jours fériés.
 - La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant de l'Assuré au Domicile, préparer les repas.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou présence d'un proche en cas d'Hospitalisation d'une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs ».

- Conduite à l'école des enfants

- La garde d'enfant pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, accompagner l'enfant à la crèche ou à l'école et retourner le chercher à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.
- Cette prestation est accordée de 8h à 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés **pendant 5 (cinq) jours consécutifs**.
- Taxi
 - Le Service Assistance recherche et missionne un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport ...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant pendant ses heures de garde.
 - Le Service Assistance prend en charge les frais de taxi à concurrence d'un forfait de **77 € par Hospitalisation**.
 - Précision : le Service Assistance se réserve la possibilité de demander à l'Assuré un bulletin d'hospitalisation.
- Transfert des enfants en France ou présence d'un proche en cas d'Hospitalisation d'une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs, le Service Assistance organise et prend en charge :
 - soit le transfert aller et retour, en train 2nde classe ou avion classe économique, des enfants à charge de moins de 15 (quinze) ans chez une personne désignée résidant en France. L'accompagnement des enfants est effectué par ses correspondants ou par un proche désigné par l'Assuré.
 - soit le transport aller et retour, en train 2nde classe ou avion classe économique, d'une personne désignée par l'Assuré, résidant en France, afin qu'elle vienne au Domicile pour effectuer la garde des enfants.

Ces prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ».

[Veille sur les Ascendants dépendants à charge](#)

Lorsque l'Assuré est hospitalisé pour une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs, le Service Assistance recherche, missionne à son Domicile et prend en charge une personne qui aide l'Ascendant aux actes de la vie quotidienne.

Cette prestation dure au minimum **2 (deux) heures par jour** et peut être fournie de 8h à 19h du lundi au samedi, hors jours fériés, **pendant 5 (cinq) jours maximum**.

[Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille](#)

Lorsque l'Assuré est hospitalisé pour une durée d'au moins 5 (cinq) jours consécutifs, le Service Assistance :

- Prend en charge les frais de transport aller et retour, en train 2nde classe ou avion classe économique, d'une personne désignée par l'Assuré, résidant en France, afin qu'elle vienne à votre chevet,
- Organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de cette personne pendant **2 (deux) nuits maximum à concurrence de 80 € TTC par nuit (les frais de restauration sont exclus)**.

[Assistance aux animaux de compagnie \(chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux\)](#)

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- soit à l'extérieur du Domicile de l'Assuré, la garde en pension complète chez un professionnel, dans la limite de **230 € TTC maximum par période d'Hospitalisation** ;
- soit le transport chez un proche résidant en France, désigné par l'Assuré dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile de l'Assuré.

Ces prestations sont non cumulables.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

[Aide dans la vie quotidienne](#)

Si un ascendant, habituellement chargé de la garde des enfants de l'Assuré, est hospitalisé pour une durée supérieure à 5 (cinq) jours consécutifs, et si aucun proche ne peut s'occuper de ceux-ci, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge une garde d'enfant du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h et 19h à concurrence de **5 (cinq) jours maximum**.

[En cas d'accident ou de maladie de l'assuré survenu lors d'un déplacement](#)

Les prestations d'assistance sont accordées :

- en France au-delà de 50 (cinquante) km du Domicile de l'Assuré.
- Ile de la Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Mayotte : sans franchise kilométrique.

[Transport sanitaire](#)

Si l'état de santé de l'Assuré le permet et le justifie, le Service Assistance organise et prend en charge son transport en France.

LES GARANTIES ASSISTANCE

Selon la gravité du cas, le transport est effectué, par le moyen le plus approprié jusqu'au service hospitalier le mieux adapté, proche du Domicile. Dans le cas où l'Hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'à son Domicile.

Si l'Hospitalisation n'a pas pu se faire dans un établissement proche de son Domicile, le Service Assistance organise et prend en charge, lorsque son état de santé le permet, le transport de cet hôpital au Domicile.

Le Service Assistance prend également en charge les frais d'évacuation sur piste de ski, sans franchise kilométrique, à concurrence de **460 € TTC (frais de recherche exclus)** ;

Le Service Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Prolongation de séjour à l'hôtel

En France, si l'état de santé de l'Assuré ne justifie pas une Hospitalisation ou un transport sanitaire, et si l'Assuré ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, le Service Assistance prend en charge les frais de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet.

Les frais de séjour à l'hôtel sont pris en charge jusqu'à un maximum de **80 € TTC par nuit et par personne**, cette prise en charge est au **maximum de 800 € TTC par personne**. Les frais de séjour à l'hôtel s'entendent toujours **hors frais de restauration**.

Envoi de médicaments (UNIQUEMENT LORS D'UN DEPLACEMENT A L'ETRANGER)

Le Service Assistance recherche et envoie les médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours dans le cas où, ne disposant plus de ces médicaments, suite à un événement imprévisible, il est impossible à l'Assuré de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Le coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré.

Conditions applicables aux interventions

Dans tous les cas, la décision d'assistance est prise en considération du seul intérêt médical de l'Assuré et appartient exclusivement au Médecin du Service Assistance, après contact avec le Médecin traitant sur place, et éventuellement la famille de l'Assuré.

En synthèse

Garanties	Plafonds	Franchise
En cas d'accident ou de maladie de l'assuré survenu à domicile		
Aide à la recherche d'un médecin	-	-
Livraison de médicaments	-	-
Aide à la recherche d'une infirmière	-	-
Aide en cas d'immobilisation au domicile	Coût de l'organisation des prestations	-
Veille sur les ascendants dépendants à charge	20 h	-
En cas d'hospitalisation imprévue de l'Assuré		
Retour au domicile de l'Assuré	Rayon 50 km	24h d'hospitalisation
Aide-ménagère au domicile de l'Assuré	9h	24h d'hospitalisation
Assistance aux enfants et aux petits enfants de moins de 15 ans	Garde à domicile : 24h Conduite à l'école : 5 jours consécutifs Taxi pour activités extra-scolaires : 77€ par hospitalisation	24h d'hospitalisation
Veille sur les ascendants dépendants à charge	5 jours	24h d'hospitalisation
Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	Frais de transport A/R 2 ^{nde} classe/classe économique 2 nuits maximum à 80 € TTC par nuit (frais de restauration exclus)	24h d'hospitalisation
Assistance aux animaux de compagnie	230 € TTC ou transport chez un proche résidant en France dans un rayon de 100km	24h d'hospitalisation
Aide dans la vie quotidienne	5 jours	24h d'hospitalisation
En cas d'hospitalisation programmée de l'Assuré		
Retour au domicile de l'Assuré	Rayon 50 km	5 jours consécutifs d'hospitalisation
Aide-ménagère au domicile de l'Assuré	9h	5 jours consécutifs d'hospitalisation
Assistance aux enfants et aux petits enfants de moins de 15 ans	garde à domicile : 24h Conduite à l'école : 5 jours consécutifs Taxi pour activités extra-scolaires : 77€ par hospitalisation	5 jours consécutifs d'hospitalisation
Veille sur les ascendants dépendants à charge	5 jours	5 jours consécutifs d'hospitalisation
Présence au chevet	Frais de transport A/R 2 ^{nde}	5 jours



LES GARANTIES ASSISTANCE

et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	classe/classe économique 2 nuits maximum à 80 € TTC par nuit (frais de restauration exclus)	consécutifs d'hospitalisation
Assistance aux animaux de compagnie	230€ TTC ou transport chez un proche résidant en France dans un rayon de 100km	5 jours consécutifs d'hospitalisation
Aide dans la vie quotidienne	5 jours	5 jours consécutifs d'hospitalisation
En cas d'accident ou de maladie de l'Assuré survenu lors d'un déplacement		
Transport sanitaire	Frais réels	France, 50km
Prolongation de séjour à l'hôtel	80 € TTC par nuit maximum jusqu'à concurrence de 800 € TTC (frais de restauration exclus)	France, 50km
Envoi de médicaments	Frais réels de l'envoi	Etranger

Mise en œuvre des garanties

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par l'Assuré ou ses proches auprès du Service Assistance par l'un des moyens ci-après :

Téléphone : 01.40.25.59.62
accessibles 24h / 24, 7j / 7,
sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du protocole « 922020 »
- le nom et le prénom de l'Assuré
- l'adresse exacte de l'Assuré,
- le numéro de téléphone auquel l'Assuré peut être joint.

Limites d'interventions

Le Service Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. L'Assuré ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Le Service Assistance ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Il s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide à l'Assuré.

La responsabilité du Service Assistance ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la présente convention d'assistance. Il ne sera pas tenu responsable :

- des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès de l'Assuré en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

Exclusions

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance
- Les convalescences ou affections (maladie/accident) en cours de traitement non encore consolidées ;
- Les maladies préexistantes diagnostiquées ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance ;
- Les hospitalisations dues à toute maladie chronique ou handicap ;
- Les déplacements, voyages entrepris dans le but de diagnostic et/ou de traitement ;

- L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ;
- Les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement et de l'absorption d'alcool ;
- Le suicide et les conséquences de tentative de suicide ;
- Les dommages provoqués intentionnellement par l'Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe (sauf cas de légitime défense)
- Les frais engagés sans l'accord préalable du Service Assistance ;
- Les frais non justifiés par des documents originaux ;
- 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 radioactifs,
 - 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 ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales.

Engagements financiers

L'organisation par l'Assuré ou ses proches de l'une des prestations d'assistance énoncées dans la présente convention d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si le Service Assistance a été prévenu et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que le Service Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, le Service Assistance ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués, **et à l'exclusion de tout autre frais.**

Réclamations

Lorsqu'un Assuré est mécontent du traitement de sa demande d'assistance, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'Assuré peut adresser, une réclamation à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France
Service Traitement des Réclamations
TSA 7002
93488 Saint-Ouen Cedex

[Ile de la Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Mayotte](#)

Pour les résidents de ces 5 DOM :

Mondial Assistance Réunion
BP 780 – 11 rue Rolland Garros
97475 Saint Denis Cedex Réunion

Un accusé de réception parviendra à l'Assuré dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de sa réclamation, sauf si la réponse à la réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont le Service Assistance le tiendrait informé.

Loi informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

Mondial Assistance France
Service Juridique - DT03
7 rue Dora Maar - CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

Mondial Assistance France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance et/ou les garanties d'assurance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

LES GARANTIES ASSISTANCE

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance France se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Cotisations

La cotisation des garanties d'assistance est incluse dans la cotisation des garanties frais de santé.



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

Les remboursements s'entendent Sécurité Sociale inclus.

Garanties	Assiette	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, PSYCHIATRIE ET HOSPITALISATION À DOMICILE				
Frais de séjour en établissements conventionnés	BR / Acte	150 %	+110 %	+150 %
Frais de séjour en établissements non conventionnés	BR / Acte	100 %	-	-
Honoraires en établissements conventionnés et non conventionnés	-	-	-	-
▪ Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	175 %	+50%	+100 %
▪ Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	155 %	+45%	+45%
La franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120 €)	FR / Acte	100 %	-	-
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	FR / Jour	100 %	-	-
Chambre particulière / hospitalisation (limité à 60 jours / an)	Euros / Jour	50 €	+10 €	+20 €
Frais d'accompagnement / hospitalisation (limité à 60 jours - enfant -16 ans et ascendant +70 ans)	Euros / Jour	80 €	-	-
Hospitalisation longue durée (hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs)	Euros / Hospitalisation	-	+200 €	+400 €
SOINS MÉDICAUX COURANTS				
Honoraires (consultations, visites et actes techniques dont radiologie - médecins généralistes)	-	-	-	-
▪ Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées	BR / Acte	100 %	+70 %	+90 %
▪ Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées	BR / Acte	100 %	+50 %	+70 %
Honoraires (consultations, visites et actes techniques dont radiologie - médecins spécialistes)	-	-	-	-
▪ Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées	BR / Acte	175 %	+50%	+100 %
▪ Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées	BR / Acte	155 %	+45 %	+45 %
Auxiliaires médicaux	BR / Acte	100 %	-	-
Analyses et examens médicaux	BR / Acte	100 %	-	-
Transport remboursé par la Sécurité sociale	BR / Acte	100 %	-	-
Pharmacie remboursée par la par la Sécurité (65 % et 35 %)	BR / Acte	100 %	-	-
Pharmacie remboursée par la par la Sécurité (15 %)	BR / Acte	100 %	-	-

Garanties	Assiette	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
DENTAIRE				
Plafond dentaire (1)	Euros / An	1 500 €	+500 €	+1 000 €
Actes remboursés par la Sécurité sociale	-	-	-	-
▪ Consultations et soins dentaires (2)	BR / Acte	100 %	-	-
▪ Inlays-onlays (2)	BR / Acte	200 %	+200 %	+250 %
▪ Prothèses dentaires (3)	BR / Acte	200 %	+200 %	+250 %
▪ Orthodontie (3)	BR / Acte	200 %	+150 %	+250 %
Actes non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	-	-
▪ Prothèses dentaires	BR reconstituée / Acte	200 %	+200 %	+250 %
▪ Orthodontie	BR reconstituée / Acte	150 %	+50 %	+150 %
▪ Implantologie	Euros / An	400 €	+200 €	+400 €
Parodontologie et endodontie remboursés (2) et non remboursés	BR / Acte + Euros / An	100 % +200 €	-	+300 €

(1) Un plafond global en euros par an est prévu sur les garanties dentaires.

(2) Prise en charge systématique d'une garantie à 100% BR au-delà du plafond dentaire

(3) Prise en charge systématique d'une garantie à 125% BR au-delà du plafond dentaire

Garanties	Assiette	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
OPTIQUE				
Plafond équipement lunettes	Fréquence / Equipement	Un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois entre 2 achats pour les adultes sauf en cas de modification de la vue ou pour les enfants, limité à un équipement tous les 12 mois entre deux achats		
Equipement lunettes	-	-	-	-
▪ Monture	RSS + Euros / Monture	100 €	+20 €	+50 €
▪ Verre simple (1)	RSS + Euros / Verre	90 €	+20 €	+40 €
▪ Verre complexe (2)	RSS + Euros / Verre	200 €	+40 €	+65 €
▪ Verre hypercomplexe (3)	RSS + Euros / Verre	240 €	+60 €	+110 €
Equipement s autres :	-	-	-	-
Lentilles remboursés ou non par la Sécurité sociale (4)	BR / Actes + Euros / An	100 % + 100 €	+ 100 €	+ 200 €
Chirurgie réfractive (myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie)	Euros / Œil / An	300 €	+100 €	+400 €

(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif

(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(4) TM pris en charge systématiquement pour les lentilles remboursés

Garanties	Assiette	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
AUTRES SOINS				
Prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale	BR / Acte	200 %R	+50 % BR	+100 %
▪ Complément prothèses médicales remboursés par la Sécurité sociale (Inscription sur liste ALD)	Euros / An	RSS + 200 €	-	+150 €
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte + Euros / Oreille	100 % BR + 400 €	+ 400 €	+ 600 €
Cures thermales pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	-
▪ Honoraires	BR / Acte	100 % BR	-	-
▪ Transport et à l'hébergement	Euros / An	RSS + 250 €	-	+200 €
Allocation naissance / adoption	PMSS / Evénement	12,5 % PMSS	-	-
Pharmacie non remboursés par la par la Sécurité sur prescription médicale	Euros / An	40 €	-	+40 €
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale sur prescription médicale	Euros / An	20 €	-	+20 €
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	100%	-	-
Consultations d'ostéopathe, acupuncteur, de diététicien, d'étéopathe, de chiropracteur, de podologue ou pédicure, de shiatsu, reflexologue, sophrologue, phytothérapeute, naturopathe, microkinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, homéopathe, neuropsychologue réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité	Euros / Acte limité en Séance / An	30 € / Séance limité à 3 séances / An	+10€ / séance	+15 € / séance
Service Réseau de Soins	Carte Blanche	Optique / Audio / Dentaire		
Service Assistance	Mondial Assistance	Protocole n°922 020		

Lexique :

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstituée servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

Rbs Ss : Taux de Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du taux d'intervention de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du montant remboursé par la Sécurité sociale (BR x Rbs Ss)

DH : Dépassement d'honoraire / Il s'agit des Frais Réels dépassant la Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur / Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret